



# **ACTES DU COLLOQUE**

**16 & 17 MARS 2017**

**L'accompagnement de la personne : quels projets,  
quels enjeux, quelles formations ?**

# **LE PROGRAMME DU COLLOQUE**

## Thématique du colloque

Dans notre société, des personnes, du fait des conditions sociales, de la maladie, d'un handicap, de l'âge, font l'objet de mesures d'aides, de soin, d'assistance, qui peuvent être assumées par des **professionnels de la santé, de l'éducation, du travail social**.

Ces professionnels ont parfois des difficultés à conjuguer dans leurs pratiques deux exigences :

- **celle de l'expertise relative aux différents métiers,**
- **celle de la prise en compte de la personne dans sa singularité.**

Les parcours se sont complexifiés et les partenariats se sont multipliés rendant nécessaire l'approche de cette complexité.

Ce colloque se propose d'explorer les différentes dimensions de cette problématique pour permettre aux formateurs et aux professionnels de terrain de mieux cerner les enjeux d'un accompagnement porteur de sens, en favorisant les échanges entre ces **trois** champs pour une reconnaissance réciproque et une mutualisation de leurs expertises.

# Programme

## **Jeudi 16 mars 2017**

**09 h 00** : Accueil des participants

**09 h 30** : Introduction

**Stéphane AMBRY**, *Président ARTS Nouvelle-Aquitaine,*

**Dominique MILLET**, *Président AIFRISSS*

### **Conférences**

**10 h 00**

De la prise en charge à l'accompagnement : quelles politiques ?

**Michel LAFORCADE**, *Directeur de l'Agence Régionale de Santé*

**10 h 45**

Accompagner l'interprofessionnalité en formation initiale en santé/social

**Martine FONTAINE**, *conseillère pédagogique, ARS Nouvelle Aquitaine*

**11 h 00** ----- *pause* -----

**11 h 30**

Une clarification terminologique et conceptuelle de l'accompagnement

**Maela PAUL**, *Professeur, CNAM*

**12 h 30** ----- *pause-déjeuner* -----

### **Ateliers**

**14 h 00**

Trois ateliers en parallèle : Présentation de travaux de recherche et d'expériences professionnelles

Débat avec les participants

- *Construire une démarche d'accompagnement en formation : entre rencontres et partages d'expériences*
- *De la formation à la pratique professionnelle : penser des outils pour un accompagnement porteur de sens*
- *Face aux contraintes étatiques et institutionnelles : quelles alternatives ?*

**15 h 45** ----- *pause* -----

### **Conférence**

**16 h 15**

L'accompagnement dans l'école inclusive : penser l'inter-métiers

**Serge THOMAZET**, *Professeur, Université de Clermont-Ferrand*

**17 h 15 – 17 h 30**

Conclusion de la journée

**Vendredi 17 mars 2017**

**Conférence**

**09 h 00**

La coordination gérontologique : mode de production de dispositifs, modèle d'accompagnement ou modalité des métiers ?

**Jean-Jacques AMYOT**, Psychosociologue, Directeur OAREIL

**Ateliers**

**10 h 00**

Synthèse des ateliers du jeudi

**10 h 30** ----- *pause* -----

**11 h 00**

Trois ateliers en parallèle :

- *Accompagnement et contextes : pour une approche multi-référentielle*
- *Les enjeux institutionnels de l'accompagnement des personnes vulnérables*
- *La place de la personne dans la construction du projet d'accompagnement*

**12 h 45** ----- *pause-déjeuner* -----

**Conférence**

**14 h 15**

Le care : peut-on soigner sans négativité ?

**Eric CHAUVIER**, Anthropologue – *École nationale supérieure d'architecture de Versailles* – Maître Assistant Titulaire

**Ateliers**

**15 h 15**

Synthèse des ateliers du vendredi

**15 h 45 – 16 h 00**

Clôture du colloque

# **LES CONFERENCES**

**Textes reçus suite au colloque**

## **LISTE CONFERENCES**

**AMYOT Jean-Jacques** - La coordination gérontologique : mode de production de dispositifs, modèle d'accompagnement ou modalité des métiers ?

**CHAUVIER Eric** - Le Care : Peut-on soigner sans négativité ?

**PAUL Maela** - Comprendre ce qu'accompagner veut dire à travers son organisation en dispositifs

**AMYOT Jean-Jacques**, psychosociologue, Directeur de l'Oareil<sup>1</sup>

*Dernier ouvrage paru : Travailler auprès des personnes âgées, 4<sup>e</sup> édition, Dunod, 2016*

## **La coordination gérontologique : mode de production de dispositifs, modèle d'accompagnement ou modalité des métiers ?**

La coordination a traversé toutes les époques de l'action gérontologique sous l'aspect de formules publiques et de nombreuses expériences de terrain. Elle apparaît tantôt comme mot d'ordre des pouvoirs publics, tantôt comme prière des professionnels, tantôt comme leurre, tantôt comme panacée. Elle peut changer de logique, modifier sa nature profonde pour être but, moyen ou les deux confondus. Elle s'acquine avec tout ce qui passe à sa portée. Elle se lie avec l'identité professionnelle, le pouvoir, la stratégie, la communication, le changement, la qualité, la bienveillance... Elle ne néglige aucune discipline : le droit, les sciences politiques, la sociologie, la médecine, l'économie... Riche, on lui prête les intentions les plus diverses, grandioses ou retorses. La coordination comme relation de pouvoir, comme résolution de problèmes, comme politique de communication, comme stratégie d'évitement, comme dispositif ou appareil *du* Pouvoir, comme volonté de changement... Elle se présente en économie avec le double visage de Janus, dispendieuse et parcimonieuse ; en sociologie, elle se pare des traits de Sisyphe en reconstruisant sans cesse de nouveaux dispositifs ; pour le professionnel, c'est le rôle d'Ariane qui lui sied le mieux, cherchant à le délivrer du labyrinthe... Sa part de modernité réside la qualité qu'on lui prête : sorte d'antivirus informatique qui non seulement repérerait les anomalies avant qu'elles ne fassent des dégâts, mais réparerait inmanquablement les parties détériorées par des processus non conformes. Vulnérable universel, macro-technique qui fait écho aux représentations des nano-technologies...

Quel est donc cet étrange mal qui habite l'action gérontologique ? Est-ce la *coordinite* qui s'exprime lors de l'utilisation excessive ou abusive de la coordination ou s'agit-il de l'*incoordinite* ou carence de coordination qui fait fi des différentes médications prescrites depuis cinquante ans sans grand résultat ?

Il faut bien avouer que la coordination remporte le palmarès de l'ambiguïté. Aucune autre mission gérontologique ne peut se targuer d'avoir eu à naître et à mourir autant de fois, tour à tour brusquement adulée et négligemment méprisée, ici jugée comme un détour coûteux et inutile, là comme indispensable au développement de la qualité de notre secteur. Fioriture, vecteur de communication pour montrer sa bonne foi, panoplie de secours, régulateur de *bonnes pratiques* selon l'expression qui fait flores ?

### **Quatre distorsions pour une coordination improductive**

*La distorsion politique : le palimpseste public*

Chaque initiative publique est, en fait, portée par une stratégie conjoncturelle qui n'a pas grand-chose à voir avec un espace de cohérence autour de la personne. Nous sommes effectivement en présence



d'un véritable outil polyvalent dont la « *duplicité se manifeste sur le plan socio-économique, lorsque la "technicité" sert de paravent au pouvoir réel, et que l'on maudit les "technocrates" auxquels on serait pourtant prêt à confier la solution de tous les problèmes*<sup>1</sup>. » Elle a l'avantage, chaque fois qu'elle revient au-devant de la scène, de rassembler sous son nom les tenants de la rationalisation des dépenses et ceux qui défendent une position humaniste, s'assurant ainsi d'une moindre résistance des acteurs.

#### *La distorsion interprofessionnelle : figures et représentations de la coordination et du réseau*

Souvent, la représentation de la coordination s'élabore à partir d'un manque, d'un défaut fonctionnel, d'une absence : il suffirait que l'infirmière rencontre au moins une fois la garde à domicile, il suffirait que l'hôpital contacte la maison de retraite, il suffirait de joindre la famille... Néanmoins, chaque catégorie d'acteurs envisage la coordination à partir d'elle-même et non comme un point d'interaction et de mise en commun d'information et de pratiques. Cette perception engendre d'emblée un pluriel : il n'existe pas une coordination, mais des coordinations, chacune développant sa coordination...

#### *La distorsion sectorielle : les interférences techniques*

Les initiatives de coordination se multiplient et s'entremêlent pour former *in fine* un paradoxe eu égard à leurs missions. Qui plus est, le fait que l'action gériatrique se situe au carrefour du social et du sanitaire, du public et du privé, du commercial et du non lucratif, de l'hospitalier et du libéral, du préventif et du curatif, sans oublier les différents niveaux de compétences de l'Etat et des différentes collectivités territoriales, ni les organismes de protection sociale. Les conférences des financeurs (de la prévention) mises en œuvre par la loi du 28 décembre 2015 (dite ASV) sont les derniers avatars des interférences techniques que l'on tente de résoudre par un précédé de rapiéçage continu.

Filières, équipes mobiles, médecins traitants, services polyvalents, plates-formes de services, médecins coordonnateurs, réseaux sanitaires, CLIC, MAIA<sup>2</sup>, Paerpa étant le dernier né des avatars. A propos des MAIA, l'IGAS s'inquiétait en 2011 de cette spécificité<sup>3</sup> ainsi que le Centre d'Analyse Stratégique<sup>4</sup> qui constatait que « le dispositif français est aujourd'hui cloisonné : les aidants des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer bénéficient de dispositifs spécifiques de soutien qui pourraient répondre de façon pertinente aux besoins des autres aidants. L'autre facette du cloisonnement, c'est l'empilement des dispositifs et la multiplication des interlocuteurs, les MAIA venant s'ajouter aux structures existantes ».

---

<sup>1</sup>Cornélius CASTORIADIS, « Technique », *Dictionnaire de la philosophie*, Paris, Encyclopaedia Universalis/Albin Michel, 2000, p. 1820-1839.

<sup>2</sup> Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie. Gestionnaire de cas

<sup>3</sup> Fouquet A., Sitruk P., Trégoat J.-J., *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, IGAS, rapport de synthèse, mai 2011, p. 54

<sup>4</sup> Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales, Rapports et documents, juin 2011

## *La distorsion fondamentale*

De manière générale, la grande difficulté des professionnels est de ne pas créer des systèmes qui satellisent les usagers au lieu de les intégrer. La transformation de leur appellation, notamment lors du passage de bénéficiaire à client, a très souvent été accompagnée d'un discours qui voulait qu'ainsi les services les prennent mieux en compte, s'attachent avec attention à leurs attentes, leurs désirs et leurs droits. Nous savons pourtant tous, comme simple client, que cette logique est assez puérile. Si la participation des usagers est plus une problématique qu'une réalité, qu'en est-il de leur place dans les dispositifs de coordination ? Très rapidement, cette participation s'impose à l'esprit soit comme une difficulté majeure, soit comme un élément allant de soi.

Les coordinations sont conçues pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées ? Que sait-on de la position des intéressés eux-mêmes ? Que sait-on de leurs attentes vis-à-vis de la coordination ? Voilà une étrange question... Ils ne comprendraient pas : c'est une affaire entre professionnels.

### **Mode de production de dispositif**

Dès l'origine des politiques de la vieillesse (1962 rapport Laroque, 1971 politiques publiques mises en œuvre), la coordination apparaît comme un problème, comme la vieillesse d'ailleurs (commission d'étude des problèmes de la vieillesse). Deux problèmes qui se rencontrent c'est la complexité (E. Morin). Après le défrichage, la reproduction : les services se multiplient de manière désordonnée, se superposent et en viennent à se trouver dans une situation de concurrence<sup>5</sup>.

Coordonnateurs du PAP 15<sup>6</sup>, puis coordonnateurs de l'action gérontologique (circulaire du 29 juin 1981), ils se sont vus confier des missions allant de la simple connaissance du terrain au développement de la concertation, de l'information, voire à l'engagement de nouvelles actions à la coordination autour de la personne. Dans le même temps, les instances locales de coordination préconisées par la circulaire du 7 avril 1982 avaient pour objectif clairement édicté de mettre en place un partenariat local afin d'assurer, notamment, une meilleure utilisation des moyens existants.

L'État, à cette époque, avait à orchestrer un changement essentiel qui allait nécessiter de vastes coordinations : la *décentralisation* de 1982 arrivait sur les rivages du secteur sanitaire et social (1986). Nouveau partage de pouvoirs, de compétences, sans que l'État disparaisse pour autant. Les besoins de coordination aux plus hauts niveaux se faisaient sentir et les craintes d'états dans l'État rendaient certains particulièrement prudents. Au vu des nouvelles données du pouvoir local, d'aucuns en appelleront à rester vigilant sur les modes de coordination qui risqueraient d'institutionnaliser les effets pervers de la décentralisation avec une résurgence du centralisme.

Sur le plan sanitaire, l'actualité de la coordination est liée aux ordonnances du 24 avril 1996 dites Juppé. Le Code de la Sécurité sociale envisage alors, pour une période déterminée, que des actions expérimentales puissent voir le jour dans le domaine médical ou médico-social afin de promouvoir notamment « une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de

---

<sup>5</sup> Amyot J.-J., *Développer la coordination gérontologique*, Paris, Dunod, 2006

<sup>6</sup> Plan d'action prioritaire. Politique finalisée du VII<sup>e</sup> plan quinquennal (1976/1980).

prévention ». Les PA sont loin d'être absentes de ces préoccupations. Le cahier des charges de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés rend la référence explicite en spécifiant que la filière traduit la manière de traiter dans sa totalité, étape par étape, des groupes de population, éventuellement ciblée, par exemple la population âgée. Il en est de même des réseaux de soins qui voient alors le jour.

Au cours de la fin des années quatre-vingt-dix, la coordination va disputer à la dépendance, la position des termes les plus en vogue sur notre secteur. Et pour cause ! Les secrétaires d'État et ministres successifs feront le même constat : malgré les nombreuses tentatives de réduire les dissonances de l'action gérontologique, les faits sont là : la cohérence n'a pas gagné de terrain...

Nous voyons trois raisons essentielles pour que la coordination revienne sur le devant de la scène à cette époque. 1) une volonté accrue d'efficacité. Rendre compte, s'inscrire dans une démarche qualité, être contraint à des objectifs de rentabilité, nécessite de se centrer sur son pôle de compétences et, en conséquence, d'être plus acquis à des stratégies de partenariat plutôt qu'à un développement de nouveaux services et prestations. Dit autrement, il s'agit donc non plus de se diversifier, mais de se recentrer sur un métier et de tisser des liens en amont et en aval. 2) La coordination gérontologique reprend du service avec la loi du 24 janvier 1997 qui instaure la prestation spécifique dépendance et consacre dans sa première partie la coordination des prises en charge. Sans se leurrer sur l'importance effective de sa place, elle apparaît comme corrélative du dispositif dépendance. Par ailleurs, cette coordination qui prend naissance avec le nouveau siècle se matérialise rapidement par deux dispositifs : les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les médecins coordonnateurs des EHPAD, c'est-à-dire une tentative de mise en cohérence territoriale autour de la personne et la création d'un poste de pilotage du soin. 3) Les municipalités, les CCAS ressentent le besoin d'une coordination interne des services, notamment en raison d'une séparation de plus en plus flagrante entre les seniors et le grand âge. On voit ainsi apparaître *des espaces seniors, des pôles seniors, des bureaux d'information seniors* qui sont des tentatives de mise en cohérence de l'information tout en étant des objets de communication.

En procédant à une analyse chrono-logique, nous pouvons mettre en évidence, dans cette apparente succession des logiques successives, de multiples arrangements, des enjeux au sein de cette suite de législations et d'expériences. La coordination n'a-t-elle pas servi de moyens à des stratégies dont elle n'était que la mère porteuse ? Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative dans la mesure où chaque période procède d'objectifs et d'une logique qui lui sont propres.

#### *Mission maintien à domicile*

La politique de la vieillesse portée sur les fonds baptismaux par le rapport Laroque et qui s'est incarné dans les sixièmes et septième plans a des maîtres mots - prévention, intégration - et un domaine de prédilection, le maintien à domicile. L'objectif annoncé est d'en faire bénéficier 100 000 personnes afin d'éviter des entrées en maison de retraite. La coordination apparaît comme une injonction secondaire pour éviter gabegie et désordre. Elle n'est même pas un élément de la boîte à outils ; plutôt une consigne.

### *Mission emploi*

Au moment même où l'action gérontologique émerge des politiques publiques, la crise économique causée par les chocs pétroliers (73, 79) engendre notamment une forte montée du chômage. Toutes les politiques sectorielles doivent participer à la lutte contre l'épidémie. Les coordonnateurs de 1981 sont les enfants d'une politique de l'emploi. L'annexe II, circulaire 29 juin 1981 qui crée le dispositif est intitulée : « Création de 500 emplois de coordination locale des actions concernant les personnes âgées » et le mode de recrutement prévu est le suivant : « La création d'un emploi de coordination doit permettre de recruter un demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE ». L'objectif premier était celui de l'emploi et c'est bien cette collusion entre politique de l'emploi et politique de la vieillesse qui a perverti le projet dans ses fondements.

### *Missions contre-pouvoir*

Lois de décentralisation : l'État ne s'était jamais inquiété de ses propres abus de pouvoir, le voilà fort ému des risques liés au processus de décentralisation. Une instance de coordination est donc créée en 1986 sous la forme du Conseil départemental de développement social supprimé la même année. Dominique Argoud « l'importance prise par le département depuis la décentralisation s'est traduite par une complexification du jeu entre les trois principales collectivités publiques que sont les communes, les départements, et l'Etat (...) sur fond de dualisme entre le sanitaire et le social »<sup>7</sup>.

L'autre exemple d'une mission de contre-pouvoir dévolu à la coordination est celui des CLIC. Près de quinze ans après le début de la décentralisation, l'État décide de mettre en place, sur un plan national, un dispositif de coordination de terrain. On pourrait considérer que c'est bien le rôle d'initiateur de l'État est ici en jeu, mais il ne s'agit pas d'une législation qui s'imposerait aux conseils généraux pour qu'ils mettent en œuvre le dispositif. Ils en seront écartés. Le Secrétariat d'État aux PA va décider seul des modalités du dispositif, opter seul pour une « expérimentation » de 25 sites qui seront choisis, sans que l'on sache encore aujourd'hui selon quels critères. Il organisera des réunions inter-régionales avec les DRASS, son administration déconcentrée, et ce choix met « hors zone » les départements. Ce sont les changements politiques, mais surtout l'impossibilité pour l'État d'assumer financièrement le développement du plan CLIC qui fera basculer les lieux décisionnels, sous couvert de la nouvelle décentralisation. Après les extrêmes disparités de la PSD, devant l'émiettement des politiques vieillesse, qui pouvait s'insurger contre un rôle autoproclamé, taillé à sa mesure, de grand coordonnateur pour un État bienveillant ?

### *Mission dépendance*

Les années 90 voient s'amplifier la préoccupation liée à la dépendance. PSD, APA, tiraillement entre équipes CLIC et APA qui ne simplifiera pas les problèmes de coordination, loin s'en faut ! Le ministère devra alors sur son site Internet tenter de différencier leurs rôles respectifs, comme d'ailleurs ceux des CLIC et des réseaux de santé gérontologiques : la coordination à l'épreuve de sa propre coordination ! Ainsi, du rapport Braun de 1987 à l'APA de 2001, la coordination est celle de la

---

<sup>7</sup>. D. Argoud, les politiques de la vieillesse : bilan de vingt ans de décentralisation (1984-2004), *Revue de sociologie de la santé*, décembre 2005.

dépendance : tantôt celle des actions de terrain, tantôt celle des financements, parfois celle des pouvoirs publics qui se chamailleront pour en obtenir la gestion.

### *Mission sanitaire*

Les réseaux gérontologiques relèvent fortement d'une logique sanitaire. Leur mission pourrait donc être de « sanitiser » l'action gérontologique et de participer ainsi à assurer la prééminence du modèle médical. Paradoxalement, ils sont perçus comme trop sanitaires par les acteurs sociaux, mais trop peu sanitaires par la famille des réseaux : « Ne figurent pas sur cette carte les réseaux gérontologiques, les réseaux alcool, les réseaux psychiatriques [...] Apparaissent de larges zones, en général rurales, très dégarnies, et où ne se développent guère que des réseaux gérontologiques. »<sup>8</sup>. On appréciera la formule...

### *Mission économique et mission humaniste ?*

Toujours mis en avant, mais ne dépassant jamais l'affirmation gratuite d'une vérité qui semble aller parfaitement de soi, les bénéfices économiques et la vocation humaniste de la coordination traînent dans les discours et les préambules des dispositifs... Les argumentations sont plutôt rares et ce qui prévaut est une sorte d'équilibre entre la rationalité financière et la volonté éthique.

## **Modalités des métiers (les professionnels)**

L'expérience en matière de coordination nous apprend qu'il ne peut s'agir simplement de transposer sur le terrain des directives publiques, mais d'apprendre à travailler en commun au sein d'un ensemble disparate de missions, d'objectifs, d'ambitions, de représentations des acteurs, d'organisations et de professionnels, ensemble mû par des forces individuelles ou institutionnelles qui se contrarient (valeurs, éthique, ancrage dans l'habitude ou la tradition, intérêts particuliers, logiques professionnelles...).

Ainsi, la coordination est sans conteste un positionnement stratégique dans la mesure où elle consiste en un ensemble de décisions et d'actions relatives au choix des moyens et à l'articulation des ressources en vue d'atteindre un objectif. Que ce soit au niveau des pouvoirs publics, des institutions/organisations ou à celui des professionnels de première ligne, les enjeux sont stratégiques. Un dictionnaire courant le confirme : « **Arrangement des parties d'un tout selon un plan logique pour une fin donnée** ». On y trouve quatre éléments essentiels, l'ordre, la composition, la logique du concepteur et l'aboutissement voulu du projet qui sont, en quelque sorte, les ingrédients de la stratégie.

Pour qu'il y ait stratégie, il faut que plusieurs options soient en compétition et que chacune d'elles recèle une part d'incertitude. Cette dimension stratégique est masquée par l'unicité du vocable « coordination » qui laisse accroire que le lien efficace n'est accessible que par un seul chemin. La coordination recouvre partenariat, coopération, mais également les ententes contre un tiers (coalition, alliance, pacte), le lien ciblé ou ponctuel (convention, accord, réseau, contrat), la

---

<sup>8</sup> Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux, annexe V

préférence unitaire (groupe, fusion, absorption) et des formes traditionnelles du secteur non lucratif (association, fédération, union).

Coordination et coopération ne sont pas de vagues synonymes : elles représentent des phases d'un processus. La croyance en un destin commun puis des comportements coopératifs rendent la coordination possible. La coopération, le partenariat est une participation à une œuvre commune tout en recherchant un avantage dont la nature est éminemment variable (Affective, matérielle, notoriété, économie, transferts de compétences, symbolique...). C'est seulement là qu'intervient la coordination. On comprend mieux pourquoi les dispositifs institutionnalisés de coordination plaqués sur le terrain par les pouvoirs publics sont des portes ouvertes sur l'échec. Dans les dispositifs publics de coordination, on fait comme si les aspects essentiels des relations humaines, de la constitution d'un groupe, de la mise en œuvre d'une dynamique étaient acquis. Dans le jeu de la coordination, le méta-jeu social n'est même pas inscrit au programme. « Le travail vivant n'est donc pas réductible au zèle individuel, il possède une dimension collective qui a ses exigences propres et qui repose sur la capacité à coopérer, de manière verticale entre le manager et les autres salariés ; de manière horizontale, entre les salariés d'une même équipe et de manière transverse avec le bénéficiaire du service. Le problème de l'intelligence au pluriel prend sa source ici, entre ce qui est prescrit, c'est-à-dire la coordination, et le travail réel, c'est-à-dire la coopération. La coopération, manière dont les salariés travaillent effectivement ensemble, repose sur la construction de règles (des conventions), qui permettent d'encadrer et d'harmoniser, "d'interpréter les ordres". Ces règles sont inventées par les salariés lorsqu'ils confrontent leurs expériences et leurs opinions sur la manière de surmonter les obstacles quotidiens, au sein d'un espace de délibération<sup>9</sup> ».

### **Mode d'accompagnement (les usagers escamotés)**

Nous voilà donc avec des dispositifs publics de coordination qui tentent de réduire la part d'incertitude des parcours des usagers, espérant ainsi réduire leur inconfort et les coûts. Vaste quadrillage qui constitue une tentative de rationalisation et de contrôle d'un monde professionnel et institutionnel fragmenté.

Nous avons des modalités de métiers qui font état de la nécessaire coordination qui fait partie intégrante des fonctions et des pratiques. Néanmoins, certains métiers sont définis essentiellement par la coordination : ceux qui exercent dans les MAIA et les CLIC auxquels il faut ajouter en institution les médecins coordonnateurs et les IDEC. La coordination est-elle la résultante des éléments que chaque professionnel injecte dans l'univers des pratiques ou est-ce un rôle dévolu à certains d'entre eux ? Quelle est la part de l'expertise et celle de chaque métier ?

Quel lien doit-on faire entre cette coordination et les mots clefs que l'on trouve dans la présentation du contexte de ces journées, à savoir accompagnement, projet et singularité ? Une coordination peut-être un élément du projet d'accompagnement à la condition que sa technicité disparaissent, qu'elle soit au service de l'accompagnement et non pas une finalité. Les notions de filières et de territoires sont parfois effrayantes à la manière dont elles conduisent à contenir le parcours de l'individu dans un chenal qui ne lui laisse guère le choix. Nous voilà donc en présence d'un numéro de prestidigitation, un tour de passe-passe qui inverse deux positions, en l'occurrence la personne et le

---

<sup>9</sup> Dejours Christophe, Souffrir au travail n'est pas une fatalité. Le choix, Bayard, 2015, p. 110-111

dispositif, ce dernier au cœur de toutes les attentions et la personne, en arrière plan, devenue objet de l'expertise.

Ce n'est pas le seul tour de passe-passe ou d'impasse. Nous sommes partis de l'utilisateur au centre du dispositif et l'on s'aperçoit que l'objet coordination a renforcé la place centrale des professionnels. Pas un vieux à l'intérieur (en dehors des vieux professionnels) : ils utilisent le système sans le comprendre et y avoir la moindre maîtrise. Les voilà satellisés, étrangers à ces forces qui décident de l'orientation de leur existence (Gandhi pour moi, sans moi, contre moi). Les coordinations sont conçues pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées ? Que sait-on de la position des intéressés eux-mêmes ? Que sait-on de leurs attentes vis-à-vis de la coordination ? Voilà une étrange question... Ils ne comprendraient pas : c'est une affaire entre professionnels.

Michel Frossard et Anne Boitard dans le compte-rendu d'une étude<sup>10</sup> insistent en particulier sur le fait que la personne « achète sans le voir, et parfois sans le savoir, un produit qui débouche sur un service composite multidimensionnel ». Ils ont rappelé l'impossibilité d'effectuer un choix en référence à un modèle répertorié, normalisé, ils ont mis en évidence l'information limitée et imparfaite des professionnels et des bénéficiaires quant aux différentes possibilités ou modes de coordination, posant enfin l'absence de statistiques probabilistes relatives à l'efficacité ou aux défaillances de différents dispositifs de coordination qui pourraient être mis en concurrence en situation de choix. L'utilisateur au centre du dispositif, sans le savoir ? Cynisme, indifférence, prise de pouvoir, ou partie de colin-maillard ?

La coordination met en évidence que dans le cadre de l'action gérontologique, nous confondons ou plutôt nous sub-ordonnons l'accompagnement de projet au projet d'accompagnement. Le projet d'accompagnement me réduit à la sphère d'utilisateur que je suis pour le treillis de professionnels et d'institutions. Le projet de l'individu est le moteur de son existence, son existence même (JF Lyotard : je ne suis pas un objet mais un projet). Le projet c'est le sens sans cesse renouvelé dans ses modalités que nous donnons à notre parcours et le sentiment que nous pouvons avoir une certaine maîtrise sur nos vies (choix, orientations, liberté). Or, il a tendance à s'effacer au profit du seul projet d'accompagnement. On l'entend bien dans nos formulations médico-sociales : projet personnalisé, projet de vie... l'accompagnement dont j'ai besoin pour des raisons d'incapacités, de vulnérabilité ou de maladie.

Si le projet est bien une des formes les plus abouties de l'adaptation parce que l'individu y met en jeu toute sa surface identitaire et le continuum de son parcours de vie, que sommes-nous prêts à mettre en œuvre collectivement afin que les publics accompagnés n'en soient privés pour des questions d'effectivité ou du fait même de l'accompagnement ?

La prise en compte de ce qui constitue l'essence de la personne, c'est-à-dire cette singularité essentielle constituée par l'amalgame d'une personnalité, d'un parcours et d'un projet, était le cœur de la mission de coordination. On s'y est perdu. Que reste-t-il d'humanité dans ce qui s'institutionnalise ?

---

<sup>10</sup>. M. Frossard, A. Boitard, « Evaluation des réseaux de coordination gérontologique : une approche socio-économique », *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 1997, 45, 429-437.

## **Le Care : Peut-on soigner sans négativité ?**

Je voudrais commencer cette intervention par une question : est-ce que le concept de « care » et, plus largement, une prise en charge positive du soin, permet d'accompagner de façon satisfaisante les patients ? Par « prise en charge positive », j'entends la proposition de solutions n'intégrant pas la négativité de problèmes rencontrés durant les pratiques d'accompagnement. Sur ce point, mon hypothèse est que cette prise en charge positive occulte un élément fondamentale pour le soignant ou l'accompagnant, dans la relation au soin : l'expression de ce que j'appellerais « la non conformité ». Je prendrai des exemples dans deux domaines : l'accompagnement des mourants et l'accompagnement de patients SDF. Dans les deux cas, il s'agira de comprendre comment verbaliser des situations qui ne sont pas acceptables aux yeux de collègues, de proches des patients, voire de nos proches ?

### **Le concept de « care »**

Créé dans les années 60 par Johana Tronto, ce concept est au départ lié au mouvement féministe. Nous assistons aujourd'hui à son intégration dans la sphère du langage du soin. Il se décline au moyen d'un petit lot de mots-clés - soin, empathie, attention - que nous pourrions définir comme une injonction éthique à prendre soin des autres. C'est ce qui semble créer un lien en apparence évident avec les métiers du soin. Tout cela est très louable mais je voudrais montrer que c'est inopérant, parce qu'incapables de saisir la négativité inhérente à toute relation de soin. Or, il paraît tout à fait dommageable de ne pas chercher à analyser et interpréter ce matériau non-conforme propre à l'enquête ou aux pratiques de soin. Une formulation du problème serait possible ainsi : si le monde va mal, faut-il mieux chercher et travailler à partir de ce qui va mal ou bien faire semblant que les choses vont bien ? Finalement, une critique de la positivité artificielle du care renvoie à une critique plus large d'une époque qui ne tolère plus guère la dissonance de la vie ordinaire.

### **Exemple 1 : ambivalence de l'accompagnement des mourants**

Je me référerai aux travaux d'un collègue, l'anthropologue Yannis Papadaniél. Dans son livre *La mort à côté* (2013), il s'est livré à une anthropologie particulièrement surprenante des personnes accompagnant les patients en fin de vie. Ses analyses très étayées mènent à la conclusion que ces bénévoles, qui donnent sans compter de leur temps et de leurs forces, ne sont pas les êtres dévoués que l'on imagine au premier abord. Leur abnégation et leur désintéressement moral apparaissent comme des discours de façade ; ces attitudes occultent des stratégies plus profondes et en partie refoulées. Nous trouvons, en vrac, lâché comme des aveux au gré des entretiens avec l'anthropologue : la possibilité d'une projection métaphysique dans la mort de la personne mourante ; la tentative, toujours contrariée, de compréhension de sa propre condition de mortel ; et, surtout, une consolation psychique possible à leur propre condition de mort en devenir. Pour le dire de façon un peu plus directe : l'accompagnant se sert de la mort des autres pour expérimenter la sienne.



Le premier problème posé par une telle situation est pratique : celui de la sincérité et, par là, de l'efficacité de l'aide apportée ; si en tant qu'accompagnant je cherche dans le regard du mourant l'expression d'une vérité qui me concerne, j'effectue une sorte de vampirisation du peu d'énergie vitale du mourant. L'aide de l'accompagnant devient très relative.

Un deuxième problème est d'ordre éthique. Chercher du sens à son existence auprès de la personne que l'on accompagne dans ces derniers instants n'est pas très acceptable - pas conforme, pas verbalisable. L'anthropologue se rend compte que les accompagnants gardent ce secret pour eux-mêmes. Ils en font un tabou. C'est aussi un problème éthique au sens kantien. Ce qui est engagé, c'est la recherche d'une morale, autrement dit d'un caractère officiel à une pratique répandue, mais qui ne peut être mise en mots, puis en contrat, en loi.

Le troisième problème est d'ordre institutionnel : comment "gérer" un programme d'accompagnement qui se limite à une injonction éthique que chacun transgresse de façon fréquente et régulière. Pour le dire autrement, le contrat de l'institution est en porte à faux complet avec des pratiques réelles mais officieuses. Si l'on pousse plus loin cette analyse, il faut admettre que le pouvoir d'auto-illusion et de travestissement de l'institution est sans limite. Voilà des femmes et des hommes qui viennent en toute impunité chercher leur salut personnel dans un cadre prévu pour le soin des autres et le don de soi.

*Souci des autres, responsabilité...* En repensant à ces mots, on songera à « l'éthique du Care » (Molinier, Laugier, Paperman : 2009), cette « réponse concrète au besoin des autres », et surtout à la facilité avec laquelle cette préconisation est contournée dans les cas décrits et analysés par Yannis Papadaniél : la vulnérabilité – thème central des théoriciennes du *care* - des mourants masquerait en réalité celle des accompagnants. L'autorité des accompagnants deviendrait une diversion, en partie axée sur une façon de vivre l'envers égoïste du « souci des autres ». Finalement, qui est réellement vulnérable ? Par extension, quelles mises en scènes sont déployées pour accoucher de ces stratégies implicites, portées par des pensées et des lignes d'actions non-conformes (le plus souvent égocentrées) / qui sont pourtant les lots communs de la prise en charge de la souffrance humaine ? Autant de questions auxquelles le *Careet*, par extension une prise en charge positive du soin, ne peut répondre.

## **Exemple 2 : problèmes posés par le sevrage alcoolique dans l'accompagnement médico-social de patients SDF**

Sources : « Le dernier des SDF », Ismael, Patrice Achirou, Ecri-mage, 2011.

Selon Ismael Patrice Achirou, le sevrage des personnes SDF ne constituerait qu'une solution en trompe-l'œil. Les équipes pluridisciplinaires prenant en charge les sujets SDF alcoolodépendants connaissent en effet d'énormes difficultés dans l'accompagnement de ces personnes. Les professionnels poursuivent des enjeux parfaitement définis, mais en partie hors-sujet. Il s'agit par exemple de faire en sorte que l'alcool sorte de l'organisme et de la vie sociale du sujet SDF, mais sans considérer que cette "purge" va influencer de façon négative sur l'existence de cette personne. Cette technique, couramment proposée, constituerait une réponse inadaptée à ce qu'il convient de reconnaître comme une mauvaise question, et ce dans la mesure où la personne SDF, une fois revenue de la cure, peut connaître deux types de dérives.

Le premier type relève de la dépression, soit la solitude profonde d'une femme ou d'un homme repent, qui va totalement vouer sa vie, ou ce qui lui en reste désormais, à son

abstinence. La personne demeure cloîtrée chez elle, à ressasser son sevrage, mais en se coupant totalement des réseaux amicaux et de sociabilité qui jusqu'alors, remplissaient tant bien que mal, son existence. Pour les travailleurs sociaux, cette expérience est particulièrement négative puisque le sujet SDF devient moins actif, moins communicant, voire moins "marrant". Ce dernier mot, "marrant", peut sembler choquant, mais il faut admettre que la personne à la rue n'est pas seulement cette victime sinistre que l'on imagine spontanément. Elle connaît aussi des moments de joie, de satisfaction, favorisés - qu'on le veuille ou non - par la prise d'alcool. Le problème est donc double : les personnes, « victime » d'un sevrage du produit alcool, deviennent irrémédiablement moins productives dans une optique de soin physique et psychique. Deuxièmement : les soignants ne peuvent évoquer cette situation négative et non conforme. Un paradoxe devient remarquable : dès lors qu'on débarrasse la personne de son addiction, du point de vue institutionnel, la guérison est théoriquement avérée. Mais ce n'est là qu'une impression, bien loin du vécu du sujet SDF.

### **Exemple 3 : la dépersonnification de la personne SDF**

En situation d'observation quotidienne de patient SDF dans un C.H.R.S., une injonction positive des pouvoirs publics apparaît, redoublée par l'opinion publique au travers des axes de réinsertion que les gouvernants mettent en œuvre : ces perspectives tendent à présenter le sujet SDF comme un être déclassé ou déshérité en demande d'un toit et d'un travail qui lui fera retrouver une place dans le monde social. Or, l'anthropologue Patrick Declerck a autrefois montré, dans son livre *Les Naufragés*, toute l'inconséquence d'une telle ligne de conduite : une partie de la population SDF ne pouvait être réinsérée, seulement accompagnée. Cette analyse est confirmée par des enquêtes en CHRS auprès de personnes brisées, désorientées, qui ont des psychopathologies solidement enracinées dans des vécus traumatiques. C'est à ce stade que la vérité est parfois dure à entendre : l'appareil psychique du sujet de celle ou de celui que va rencontrer le travailleur social est profondément mis à mal. Une enquête auprès de médecin CHRS montre que ce qui ressort au sujet du patient est ce que un phénomène de « dépersonnification » ; le sujet peut ne plus être lui-même durant quelques temps. Il peut s'abandonner et se perdre. Les symptômes sont souvent les mêmes. Dans un premier temps, il ne se reconnaît plus dans son univers familial ; puis il est amené à le quitter, sans forcément enclencher de processus volontaire. Une faille originelle le domine au point de le faire agir de façon presque mécanique. L'endroit où il a naturellement évolué ne suffit plus. Le sujet décide alors de se perdre ailleurs et, dans un même mouvement, paradoxal, de se chercher ailleurs.. La personne, progressivement, s'oublie ; elle décroche dans tous les domaines, mais c'est en vertu de cette injonction paradoxale : se perdre pour se retrouver. Ainsi, le processus de dépersonnification pourrait se caractériser par trois phases, ou étapes que l'on retrouve sous des formes diverses chez les désocialisés. Dans la phase 1, la désorientation, survient une tendance à la négligence vestimentaire et un déficit d'hygiène du corps qui contribuent à modifier durablement l'apparence physique du patient. Survient aussi une altération des repères familiaux : le sujet ne mange plus à des heures correctes, fréquente de moins en moins ses réseaux familiaux, amicaux ou sociaux susceptibles de lui apporter une stabilité. Peu à peu, il est désorienté.

La phase 2 est constituées d'addictions et de perte du corps- addiction à des substances qui mettent notablement en péril la santé du patient SDF (alcool, tabac, produit stupéfiants de type psychotropes ou excitants). Son enveloppe est alors sérieusement entamée en même

temps que ce corps lui échappe. L'exemple du tatouage est à cet égard très parlant : le sujet se réapproprie ce corps qui se délite en le marquant de façon indélébile. Mais cette lutte pour se réapproprier une apparence identitaire est en général vaine. Le sujet va assortir cette quête d'une surenchère de phénomènes addictifs qui l'amènent à s'abandonner toujours davantage, à se perdre, mais toujours en essayant, paradoxalement, de ne pas sombrer. Il s'agit pour lui de se recréer un être fictif, alors même qu'il ne cesse de lâcher prise. A ce stade, l'appareil psychique, oscille entre une quête de soi et une fuite vers un néant destructeur, est déjà sérieusement entamé. Dès lors, le sujet sombre dans la solitude et l'abandon. Il s'installe de façon insidieuse dans un processus de non-retour. Ce processus de dépersonnification n'est pas conscientisé par le sujet qui, de ce fait, ne peut à aucun moment, entrevoir la possibilité d'un déclic. Toutes les étapes du processus sont subies sans qu'intervienne une forme quelconque de réflexivité.

Dans la phase 3, le sujet tend la main à des inconnus. Le point de non-retour est sans doute véritablement atteint lorsque les difficultés de réinsertion sont telles que le sujet ne peut plus *survivre*, au sens premier de ce terme, dans un monde social où il n'a plus de repères, où lui-même (son enveloppe corporelle, sa conscience, sa mémoire) ne lui appartient plus. Ce point de non-retour intervient à l'issue d'une dégringolade progressive que les travailleurs sociaux ont bien souvent du mal à identifier. C'est à ce stade qu'ils vont se ranger derrière l'illusion d'une prise en charge positive. Ils vont occulter la négativité de la situation et sont incapables de questionner le sens de cette situation qui n'est pas conforme aux attentes (un toit / réinsertion par l'emploi) Les travailleurs sociaux vont prioritairement penser aux besoins matériels du sujet ; ils ne peuvent pas ne pas ignorer la dépersonnification qui est en œuvre ; mais ils ne peuvent pas la prendre en compte. Ils sont sommés de proposer un toit ou un travail à une personne dont l'appareil psychique est notablement entamé. Mais que peut l'argent contre une faille psychique qui façonne totalement une personne ? Les réponses apportées sont à côté de la réalité de la désocialisation, qui est en fait une dépersonnification. On va payer l'électricité » de tel ou tel, ou m'envoyer à la banque alimentaire, mais l'effet produit sera l'inverse de celui qui est recherché. Le phénomène de dépersonnification sera renforcé puisque ces éléments de réinsertion vont renvoyer le sujet à sa propre incapacité. Autrement dit à une représentation de la normalité qu'il ne peut pas affronter et qui le renvoie à son propre échec. Résultat : souvent l'appartement accordé ne peut être tenu, il est déserté, parfois détérioré ; la personne revient errer autour du CHRS qui l'a accompagnée. Ce qui tend à valider l'analyse de P. Declercq quant à l'accompagnement d'une partie seulement de la population SDF. Il s'agit encore, autrement dit, d'accepter la négativité, plutôt qu'une positivité illusoire, qui tient à des programmes électoraux. Mais comment dire et intégrer cette négativité, cette non conformité dans l'accompagnement lorsque l'injonction de prise en charge est à ce point positiviste?

## **CONCLUSION :**

La positivité est un slogan qui semble bien intégré dans notre époque. Lorsque Manuel Valls et Bernard Henri Lévy clament à l'unisson que comprendre le passage à l'acte revient à la justifier, cela est révélateur d'un état d'esprit général qui emprunte au positivisme, au volontarisme, voire à l'autoritarisme. Son principe est simple : assimiler tout questionnement de la négativité à une faiblesse. On pourra trouver terriblement dogmatique cette idéologie volontariste. Le problème est que le discours managérial, y compris dans le domaine du soin, a

largement repris cet état d'esprit. Son principe d'efficacité est fallacieux mais facile à comprendre. Prenons un exemple : si un ami très cher va mal, s'il entre en dépression, je peux lui dire « allons, remue toi, il faut bouger, la vie continue ». Pour autant, il y a peu de chance qu'il bouge avec de tels mots. Alors je vais le laisser tomber en prétextant qu'il n'est plus mon ami, parce qu'il ne communique plus avec moi, il est donc « hors service » : comme serait "HS" l'accompagnant qui reconnaîtrait la dimension réflexive de sa pratique ; comme est "HS" le soignant qui ne peut exprimer ses doutes quant au sevrage alcoolique ou à des objectifs (le retour à l'emploi et le "tout logement") contredits en tout point par le processus de dépersonnification. C'est ainsi que fonctionne le management issu de *business school* dont la finalité libérale et sélective s'accommode mal de la négativité.

Que reste-t-il alors pour développer une approche théorique qui intégrerait les situations non-conforme ? Peut-être ce que je nommerai « un humanisme négatif », autrement dit la circonscription précise de ce qui échappe aux habitudes institutionnelles et personnelles de conformité afin de mettre à jour la négativité du monde social. La description précise de ce qui est vécu : voilà tout ce qu'il nous reste, rien de plus, mais rien de moins.

## **Bibliographie**

Adorno, Théodor W., *Minima moralia*, Payot, 2001

Chavier, Eric, *Anthropologie de l'ordinaire*, Anacharsis, 2011.

Devereux, Georges, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Flammarion, 2012.

Garfinkel, Harold, *Etudes en ethnométhodologie*, PUF, 2006.

Molinier, Pascal ; Laugier, Sandra ; Paperman Patricia, *Qu'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot, 2009.

Papadaniel, Yannis, *La mort à côté*, Anacharsis, 2013.

Shütz, Alfred, *L'étranger*, Allia, 2003.

## Comprendre ce qu'accompagner veut dire à travers son organisation en dispositifs

On a l'habitude de réfléchir à ce qu'accompagner veut dire en partant du mot - ce qui rassure sur la pérennité de ses fondamentaux. Avant d'être une posture professionnelle, l'accompagnement témoigne, il est vrai, d'une posture anthropologique misant sur une relation soucieuse de qualités de présence, d'attention, d'ouverture de l'un pour l'autre. Par ailleurs, à travers ses usages traditionnels (et les figures du mentor, du conseiller, du compagnon, etc.), on se convainc de pratiquer la maïeutique tel Socrate et de s'inscrire dans une lignée philosophique sans faille. Mais est-ce bien cet héritage qui modèle nos pratiques actuelles ?

On s'interroge ici sur les paradoxes de cette pratique nouvelle, se propageant depuis une trentaine d'années, et sur ce que peut vouloir dire son organisation en dispositifs. Ainsi, les conditions de l'accompagnement sont-elles réunies lorsqu'il est prescrit ? Comment se soumettre à une obligation de résultat quand la démarche est, par définition, aléatoire et imprévisible ? Peut-on accompagner à l'autonomie sur injonction ?

### *De la notion au concept*

On a attribué à un contexte sociopolitique en crise ce phénomène social qu'a constitué, dans les années 90, la prolifération des formes d'accompagnement (Paul, 2004). Il est commun d'attribuer à une « mise en faillite des grands intégrateurs »<sup>11</sup> ou déclin des grandes institutions (famille, école, religion, travail, Etat...) une succession de crises (éducative, économique, politique, environnementale, sociale, morale...). Les anciennes manières de faire, voire de penser - et donc de se comporter les uns avec les autres - ne correspondent plus au monde en train de naître. D'autres comportements sont attendus. On note alors le passage d'un « Etat-Providence » (taxé d'avoir maintenu des générations de personnes en état d'assistanat par infantilisation et stigmatisation) à l'« Etat Social Actif » (Astier, 2007), ou « Etat Service » (Rosanvallon, 1981) ou encore « Etat accompagnant » (Guérin, 2010).

C'est dans ce contexte que se produit une « culture de l'accompagnement », se propageant dans tous les secteurs professionnels de type éducatif (éducation, formation, orientation, insertion, travail social, santé...) aussi bien que marchand (entreprises, banques, mutuelles, opérateurs de téléphonie, etc.). L'accompagnement – jusqu'alors une simple notion de la vie ordinaire - explose en une multitude de formes (mentorat, tutorat, conseil, coaching...).

---

<sup>11</sup> Selon la formule heureuse d'Yves Barel.

### ***Une organisation en dispositifs : mais qu'est-ce qu'un dispositif ?***

Simultanément, l'accompagnement, par son organisation en dispositifs, apparaît comme une commande sociale tandis qu'il convoque une posture spécifique en tant que nouvelle pratique professionnelle. La « commande » consiste à devoir passer de la prise en charge d'un autre à la transmission injonctive d'une prise en main de soi par soi. L'« usager » (ou le bénéficiaire) de ces dispositifs est le plus souvent catégorisé comme « personne en situation de difficulté » tout en postulant, parce que c'est dans l'air de l'époque, qu'il *peut* voire qu'il *doit* savoir répondre des situations qui sont les siennes : capable de « faire face », capable de « s'en sortir », capable de « rebondir », pourvu qu'il soit accompagné. La formule « l'utilisateur au centre du dispositif » doit questionner. Car, s'il en est le bénéficiaire plus ou moins contraint, cet « usager » n'a d'autre possibilité, pris qu'il est dans un dispositif qui lui a été prescrit, que de se conformer à ses injonctions et ses contraintes en grande part bureaucratiques. Il en vient à être moins porteur d'un projet de vie, que viendraient soutenir ou accompagner les professionnels de ces dispositifs, que *le projet* d'un système qui mise sur le dit dispositif pour que tout individu se comporte selon des attendus normatifs...

Les institutions se font ainsi, via des agréments et des financements, le lieu d'administration d'orientations politiques publiques. Pour autant, rien ne les prédestine au pire. Elles devraient toutefois s'interroger sur le rôle qu'elles jouent en incarnant un cadre d'ordonnement de normes et de pratiques sociales. Si l'on suit l'analyse de Foucault (1977), les dispositifs viennent renforcer (ou dévoiler) la fonction stratégique des institutions : celle d'instaurer de nouvelles formes de normalisation et de contrôle. Les institutions seraient alors de plus en plus surplombées par une propagation de dispositifs. Pris dans l'étau d'une tension entre politiques nationales et expérimentations locales, elles deviennent des « territoires de pouvoir » (Argoud, 2010).<sup>12</sup>

Ainsi le mot « dispositif »<sup>13</sup> s'est-il progressivement introduit dans des textes officiels ou institutionnels, puis dans le vocabulaire des professionnels, sans plus de précision ni problématisation. Or, comme le souligne Agamben (2007), ces dispositifs<sup>14</sup> ont une fonction stratégique qui tend à se substituer à l'idée de projet ou de programme. Ils véhiculent un certain mode de gouvernement, notamment en distinguant les concepteurs (à un niveau politique) et les exécutants (les professionnels qui vont au front)<sup>15</sup>. Le problème est complexe pour ces derniers. Beaucoup ignorent qu'ils sont les agents d'une stratégie. Ils pensent que leur disposition à la bienveillance, à l'écoute et autres qualités personnelles, a trouvé un lieu pour s'exprimer, voire même que l'initiative d'avoir à accompagner leur revient. A vrai dire, c'est un moindre mal car ces prédispositions ont trouvé, au travers des dispositifs, des espaces institués pour s'exercer. Reste qu'il y a un défi qui est de ne pas se contenter d'être des agents exécutants. La mission

---

<sup>12</sup>Argoud, Dominique Approche historique des dispositifs gérontologiques en France, in : *Gérontologie et société* 2010/1 (vol. 33 / n° 132)

<sup>13</sup>Gilles Monceau distingue trois types de dispositifs : le dispositif politique, de type foucauldien où s'agencent les rapports de pouvoirs ; le dispositif opératoire, substrat des logiques organisationnelles d'action publique ; le dispositif analytique, socio-clinique, qui interfère avec les deux premiers afin de « faire parler l'institution ». Monceau, Gilles, in : « Les institutions à l'épreuve des dispositifs, Michèle Becquemin et Christiane Montandon (dir.), 2014, Presses universitaires de Rennes.

<sup>14</sup> Le terme est particulièrement utilisé en France alors qu'au Québec, par exemple, on parle encore de « programme » (Paul, 2016).

<sup>15</sup> Jacques Ion a largement décrit cette dichotomie.

d'accompagnement doit pouvoir être réfléchi et construite individuellement au sein de collectifs de travail dans chaque institution. Une pensée critique doit solliciter un questionnement permanent sur ce qu'on fait lorsqu'on dit « accompagner », sur le type de relation qui s'y noue, sur la considération de ceux qui sont accompagnés, et pour quel monde on travaille. La mise en place des dispositifs vient avouer la faiblesse institutionnelle et, dans le meilleur des cas, les professionnels s'en saisissent pour s'ajuster aux parcours singuliers de leurs usagers.

Dans ses travaux, Ion a montré comment le travail social serait passé, depuis le milieu des années 70, « d'une logique solidariste d'intervention, assez bureaucratique dans l'attribution d'aides à des populations ciblées, à une logique contractualiste, ou de responsabilités, basée sur des projets », logique sous-jacente au fonctionnement par dispositif. Ce changement, dit-il, résulterait d'un effacement de l'Etat Social au profit d'un « Etat de service ». Parallèlement, le processus de socialisation et de construction des normes ne relèverait plus d'une unique filière descendante, mais plutôt d'une filière inversée, remontant des individus<sup>16</sup>. On ne peut pas ne pas voir comment ces opérations s'effectuent au travers de dispositifs.

### ***L'accompagnement comme nouvelle logique sociale***

Ainsi la multiplication des dispositifs d'accompagnement depuis les années 95, notamment dans les secteurs éducatifs ou sociaux, signe-t-elle une volonté d'individualisation. Or ce principe d'individualisation peut à tout moment être une injonction à ce que chacun ne s'appuie que sur soi. L'apologie de la volonté (« si tu veux, tu peux ») augmente le contrôle exercé sur soi-même, l'autocontrainte. L'exhortation à la réflexivité peut valoriser la rationalité au détriment du sensible, du perceptif, de l'imaginatif et se constituer en nouvelle norme d'exclusion. La « gestion »<sup>17</sup> de la vie en termes de projet revient trop souvent à traduire une démarche pédagogique en un mode administratif impliquant organisation et contrôle<sup>18</sup>.

Effectivement, la nouvelle logique sociale se traduit par une démarche à dimension pédagogique forte (Astier, 2007). Sa principale caractéristique est d'être focalisée sur la personne et d'avoir à promouvoir son autonomie : l'autonomie, non plus comme fruit de la maturation, mais comme nouvelle exigence sociale, et donc norme d'insertion. L'autonomie qui oscille entre des conceptions politique (répondre de ses situations) et éducative (grandir en résolvant des problèmes) devient une injonction normative, une compétence à acquérir, un enjeu de socialisation.

Toutes les démarches d'accompagnement ont pour visée de produire un « individu acteur », autrement dit actif : capable de se prendre en main et de répondre de ses situations. Le projet est l'outil de cette autonomisation : la « démarche-projet » devient une fabrique sociale de l'autonomie. Devenir autonome n'est pas un choix. C'est une injonction collective : « un devoir » dira Isabelle Astier (2007). C'est ainsi qu'en passant du travail *sur* ou *pour* autrui au travail *avec* la personne, l'accompagnement se décline comme mode de régulation sociale. La centration sur le binôme

---

<sup>16</sup> **Christophe** Nicoud, « Jacques Ion, *Le travail social en débat[s]* », *Lectures* [En ligne], Les comptes rendus, 2005, mis en ligne le 31 août 2005. URL : <http://lectures.revues.org/189>

<sup>17</sup> L'étymologie du verbe *gérer* renvoie au latin *gerere* « porter sur soi » - puis produire, enfanter, exécuter, administrer, venir à bout d'un problème, se débrouiller...

<sup>18</sup> Le sujet « porteur du projet » en est déclaré responsable alors qu'on lui demande d'endosser ce même projet comme personne non capable d'en assumer elle-même la responsabilité....

relationnel fait oublier ce qui est susceptible de se jouer au travers des dispositifs, lesquels sont, selon Agamben (2007), à la suite de Foucault, « des machines de gouvernement ».

L'accompagnement met en œuvre une politique d'activation qui vise un individu acteur, capable d'infléchir le cours de sa vie, de se remettre sur les rails de l'existence, de faire face aux aléas, de se faire une place parmi les autres. Il s'agit de mobiliser, autrement dit d'inciter à agir, d'impliquer et de responsabiliser. L'accompagnement passe des philosophies de l'*être* aux philosophies de l'*agir*. L'injonction à la responsabilisation ne nie pas l'inégalité des destins sociaux, mais elle demande à chacun de les assumer *pareillement*.

Parallèlement, on soutient que le processus d'accompagnement ne se conçoit que s'inventant (il ne peut être standard), chemin faisant (il n'est pas défini à priori) et concernant une personne en particulier (il n'est pas résolution d'un problème anonyme). C'est une démarche censée s'établir « sur mesure » et « à son rythme ». Elle privilégie l'écoute, mise sur les potentialités de l'individu. La relation constitue un contexte favorisant le cheminement. Le professionnel est vecteur d'une parole sollicitante, une parole dite incitative, se portant garant de ne pas utiliser les anciennes postures de directivité que sont notamment le conseil ou la tentation de vouloir « régler » ou « solutionner » la situation de la personne accompagnée.

La personne est considérée dans la globalité de sa situation et en tant qu'être humain susceptible de penser, parler, et agir de manière autonome, autrement dit autoréférent. Il s'agit alors moins d'instaurer une écoute pour comprendre l'autre que de lui permettre de se comprendre, en vue qu'il s'émancipe, s'affranchisse, se délie de la situation qui est la sienne. L'interaction dynamique du dialogue intersubjectif a pour visée la rencontre du sujet à lui-même, la conscientisation de ses ressources pour répondre de sa situation. La réflexivité devient l'un des enjeux des pratiques d'accompagnement. La notion de projet y trouve naturellement place. En tant qu'elle émane *de la situation elle-même*, elle définit l'évolution libératoire de la situation, vers du souhaité et du souhaitable, vers une situation existentiellement viable et socialement acceptable.

Se délier d'une situation n'est donc pas « avoir un problème » qui pourrait être résolu en toute extériorité. C'est comprendre qu'il n'y a pas de situation sans qu'il y ait un sujet qui y soit situé, et qu'il en est, à la fois, pris et partie prenante. La démarche a donc bien pour visée que la personne accompagnée puisse répondre de sa situation, mais au sens où elle évolue en même temps qu'elle fait évoluer sa situation.

Puisqu'il ne s'agit plus de diriger ou de suivre, de conseiller ou d'orienter, mais d'accompagner une personne potentiellement capable d'autonomie dans les choix et décisions la concernant, la posture du professionnel de l'accompagnement passe du statut d'expert à celui de facilitateur impliqué dans la relation. Le professionnel devient inducteur de réflexivité. Il incarne un nouveau type de relation à autrui, sur la base d'une exigence d'égalité malgré l'inégalité de situation. Les méthodes font place au sujet comme acteur-auteur de son projet et sujet social, notamment au travers de la mise en récit de son parcours, de la notion de choix et de prise de décision. Elles misent sur l'écoute et la délibération, proposition et confrontation.

L'accompagnement peut donc être défini comme un dispositif relationnel qui vise, au travers d'un échange et d'un questionnement, la compréhension par la personne qui y est impliquée de sa situation pour y déceler des orientations possibles en vue d'agir.



C'est dire ce que cet accompagnement suppose pour les professionnels : passer d'une *commande* à l'interprétation d'une *demande*, témoigner d'une prise en considération de cet autre qu'il s'agit d'accompagner et donc, à la fois, soutenir, encourager, protéger, réconforter en vue qu'il s'affranchisse, s'émancipe, se délie de sa situation. Accompagner chacun à dire ce qu'il en est pour lui de la situation qui est la sienne, à éclairer sa propre situation, à questionner d'autres possibles, à se sentir de ce monde reste toujours un défi.

## Enjeux

Mais on doit reconnaître que la familiarité du mot *accompagnement* et les promesses réelles dont il peut être porteur, semble dispenser d'interroger le système dans lequel il s'inscrit et sa configuration en dispositif. A quoi peut contribuer cette surabondance de vigilance, d'écoute, de prise en compte de la subjectivité de l'autre ? A quoi participe cette injonction à accompagner ou à devoir être accompagné de manière instituée, organisée, instrumentalisée ? Pourquoi ce recours à une structure relationnelle pour inciter à l'autonomie et à la responsabilité ? Que penser d'une autonomie sous injonction ? D'où nous viennent ces injonctions conceptuelles, ces prescriptions à devoir accompagner une personne autonome et responsable, sujet acteur auteur, supposé capable de projet ? L'émancipation de la personne peut-elle se concevoir sans la relier à un type de société ?

Ce que nous pensons et faisons est-il l'expression de notre volonté, de notre libre-arbitre ou est-il dicté de manière plus ou moins directe, expresse ou implicite, par des normes, voire des représentations des normes qui nous échappent en partie ? L'individu, par ses actes, sa pensée, peut-il influencer sur la norme ou est-il de toute manière pris dans une telle multiplicité de réseaux normatifs que ses comportements sont toujours en grande partie déterminés ? Peut-on voir dans les dispositifs un aveu de défaillance des institutions ou, au contraire, un lieu de déclinaison des orientations politiques sans médiation ? Peuvent-ils insuffler et modeler des changements dans une institution, et à quelles conditions ? Quelle est la part et la marge de manœuvre des acteurs eux-mêmes ? Ces dispositifs modélisent-ils autrement les pratiques professionnelles ? Et, finalement : qu'est-ce qui reste d'humanité dans ce qui s'institutionnalise ?

Si la norme (d'individualisation, d'autonomisation et de responsabilisation) est utilisée à visée correctrice, elle ne concerne plus un sujet à individualiser à partir de ses ressources, mais une population à gérer, réguler. Pour éviter d'être pris au piège de la normalisation disciplinaire et comportementale, il faut pouvoir interpréter ce qui, dans un premier temps, s'impose comme une force et en faire une puissance émancipatrice.

Si l'on n'y prend pas garde, l'accompagnement peut tout à fait jouer comme outil de diffusion d'un système normatif et de la mise au travail des paradoxes de l'autonomie, être vecteur d'une dimension prescriptive des devoir-être, des comportements, le lieu d'une injonction à « devenir soi-même », une relation ambivalente où des actes de langage transmettent, mine de rien, des directives. Car se contenter d'appliquer des décisions et d'exécuter des commandes, être les agents d'un système sans développer une distanciation critique, est légitimer l'accompagnement comme mode de régulation - alors qu'il est porteur d'un potentiel social.

Il y a donc quelques enjeux pour les professionnels de l'accompagnement : questionner les dispositifs, leurs pratiques et leur projet d'autonomie ; rendre intelligible les valeurs sous-jacentes et leurs conflits ; examiner ses propres représentations dans l'analyse de ses pratiques. L'enjeu principal

étant d'articuler autonomie du sujet (comme capacité à faire des choix) et autonomie sociale (comme capacité relationnelle à vivre en société) au sein d'une pensée de l'homme dans sa dimension existentielle.

### **Références bibliographiques**

Agamben Giorgio, 2007, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris : Rivages Poche-Payot

Astier Isabelle, 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris : PUF

Foucault Michel, 1977, *Dits et écrits*, T. 3, Paris : Gallimard

Guérin Serge, 2010, *De l'Etat Providence à l'Etat accompagnant*, Paris : Michalon

Paul Maela, 2004, *L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique*, Paris : L'Harmattan

Paul Maela, 2016, *La démarche d'accompagnement*, Paris : De Boeck

Rosanvallon Pierre, 1981, *La Crise de l'État-providence*, Paris : Seuil

# **LES COMMUNICATIONS**

## LES COMMUNICATIONS

### Par ordre alphabétique

**ANJARD Jean-Yves** - Les modalités de participation de la personne à l'élaboration de son projet d'accompagnement en question

**BARTHOLOME Cécile, BONNICI Virginie et MONCOUCUT Magda** - Accompagner la personne dans son parcours de vie : une approche de la coordination interprofessionnelle en formation initiale paramédicale et sociale

**BODINIER Virginie et GAUCHER Cécile** - Une approche de la coordination en formation professionnelle

**BOVEY Laurent** - L'effet des transformations étatiques sur le travail éducatif et des résident-e-s ayant une déficience intellectuelle

**BROGNOLI Arabelle** - Les enjeux institutionnels de l'accompagnement : la notion de projet et la conjugaison des deux commandes contradictoires : le soin et l'insertion / projet individuel et collectif

**BRUMAUD Florence** - Lien entre précarité sociale et économique, difficulté scolaire et psychologique, et handicap psychique : les enfants accompagnés par les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) de Gironde

**DECOURCHELLE Denis** - Conduite sociale accompagnée

**DELISLE-ERRARD Florence** - L'habitat partagé et accompagné, une alternative entre le domicile et la maison de retraite - Habitats des Possibles

**DO Marine et Saint-Jean Michèle** - Les représentations professionnelles de l'accompagnement chez les soignants : des points de vue aux recommandations pour la formation

**HAENSEL Michèle** - L'accompagnement du patient : un bricolage entre extérieur et intérieur

**LAPEYRE Yolaine et GARRIDO Olivier** - **La place de la coordination dans l'accompagnement de la personne tout au long de son parcours de santé**

**LUNG Fanny, BELLOCQ Cyril et TRAUFLER Benjamin** – De l'accompagnement des publics à celui des professionnels en contexte de désinstitutionnalisation : le travail d'équipe comme outil

**MAGNANT Aude** - La place des formations initiales professionnelles dans l'apprentissage de la notion d'accompagnement des personnes

**MUZUMDAR Girish** - Accompagnement des personnes handicapées mentales : approche par l'identité sociale

**PERRAUD Caroline** - Une ingénierie coopérative dans un ESAT, un collectif pour penser l'accompagnement. *Un exemple emblématique : un outil d'aide pour les travailleurs des espaces verts*

**RYWALSKI Patrick** - **Accompagnement des personnes et projet de formation**

**SEGUIER Bernard** - Transversalité des référentiels de compétences et de formation : enjeux d'accompagnements inclusifs

**SISAKOUN Sylvie** – Accompagner, mission essentielle de l'enseignant

**TSCHOPP Geneviève** - Accompagner le développement d'une écriture réflexive chez les enseignant·e·s dans l'espace de redéfinition d'une formation en alternance intégrative

## **Les modalités de participation de la personne à l'élaboration de son projet d'accompagnement en question**

**Mots Clés :** anthropo-didactique, situation, interactionnisme symbolique

### **Introduction**

La notion d'accompagnement s'est imposée petit à petit dans nos pratiques professionnelles comme un concept clé. L'utilisateur est maintenant au cœur de la prise en charge avec l'idée qu'il doit être également acteur de son projet. Ces évolutions amènent à se poser des questions, compte tenu du fait que l'accompagnement est une relation entre des acteurs, qui définissent chacun à leur manière cette situation singulière. Aussi, comment concevoir la participation à un tel travail de fabrication de cadres ? Et comment prendre en compte les besoins et attentes d'une personne ? Nous aborderons donc la notion de droit des usagers avant de parler du projet personnalisé. Puis, nous mettrons en perspective la professionnalisation dans nos secteurs d'activité et la pertinence des réponses apportées aux usagers. Cette réflexion nous amènera alors à adopter une approche anthropo-didactique du projet d'accompagnement. Ces choix épistémologiques prennent appui sur la théorie des situations, l'anthropologie wittgensteinienne et l'interactionnisme symbolique.

### **Des droits des usagers à leur mise en œuvre dans le cadre du projet personnalisé.**

Dans les années 70 avec notamment le VI<sup>e</sup> plan, les politiques publiques reconnaissent le fait qu'il y a différents groupes sociaux avec des besoins spécifiques. Mais, il faudra attendre une décennie pour voir apparaître dans les services publics la notion de droit des usagers. On passe alors de l'administré à l'utilisateur. A partir des années 90, dans l'Education nationale, une attention est portée sur les élèves en difficulté avec la mise en œuvre d'une pédagogie « individualisée ». Puis, la loi de 2002 a institué notamment le « projet individualisé » et celle de 2005 a mis l'accent sur les droits des personnes handicapées. Enfin, en 2008, l'ANESM a publié un guide de recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur le projet personnalisé en partant du constat que les droits des usagers ont évolué depuis la loi du 2 janvier 2002. Il s'agit donc de promouvoir le droit à un accompagnement adapté aux besoins et attentes de chacun. Le choix des prestations adaptées doit être libre avec une évaluation régulière de la mise en œuvre de ce droit. Il doit respecter le consentement éclairé (ou à défaut celui de son représentant légal) de la personne avec des repères communs utiles au dialogue entre les différents acteurs du projet. Ces recommandations ont donc pour but de faciliter la participation directe des usagers tout au long de la démarche du projet concernant depuis la conception jusqu'à la réalisation, mais aussi de soutenir les professionnels dans leurs pratiques. Enfin, il s'agit d'interroger l'organisation et le fonctionnement des établissements et services pour favoriser la personnalisation de l'accompagnement. Toutes ces évolutions ont accompagné de profondes mutations de la société (développement de la précarité, nouvelles formes de parentalité, place primordiale accordée à l'individu dans une société postmoderne), qui ont

conduit à une complexité des parcours des usagers des structures qui les accueillent. C'est pourquoi, la professionnalisation des travailleurs sociaux, en s'appuyant dorénavant sur des référentiels de compétences, s'est efforcée d'apporter des réponses toujours plus précises aux besoins des usagers en s'appuyant sur une approche basée sur le management de projet, la communication professionnelle et le partenariat. Dans le même temps, l'évaluation des besoins s'est développée en privilégiant un partenariat renforcé entre les structures. Il paraît donc nécessaire de penser la coordination des actions dans une approche contextualisée de la relation d'accompagnement, car chaque situation met en scène des professionnels et un/des usagers dans un environnement avec un cadre d'intervention. Enfin, la conception même de l'accompagnement a évolué avec la notion d'intervention sociale. Jusqu'au début des années 1980, une logique de « ciblage » (population à problème à laquelle on fait correspondre une compétence professionnelle, voire un traitement institutionnel spécifique) a été au cœur de la structuration et du développement du travail social. Puis, avec les évolutions dans le secteur social à la fin des années 1990, les chercheurs ont choisi d'utiliser l'expression « intervenants sociaux », plus globalisante que celle de « travailleurs sociaux » en formulant l'hypothèse que les premiers étaient davantage recrutés en fonction de leurs compétences, alors que c'est une qualification qui procurait leur assise aux seconds. Au même moment, la coordination des professionnels s'est développée grâce à la rencontre entre les cadrages que des acteurs peuvent faire d'une même situation d'accompagnement, c'est-à-dire autant de réalités dans lesquelles usagers et professionnels mettent un sens particulier. Il s'agit donc de considérer qu'une personne est multiple et que, dans le même temps, elle est prise dans des toiles de signification (Geertz, 1983) qui évoluent avec le temps (ex : la question du handicap depuis 1975 ou encore les droits des usagers). Une telle démarche favorise alors la participation de l'utilisateur/patient à l'élaboration de son projet d'accompagnement mais aussi la prise de conscience par les professionnels que chaque personne est multiple du fait des interactions auxquelles elle est confrontée.

### **Une approche anthropo-didactique du projet d'accompagnement.**

Le projet d'accompagnement est une proposition d'apprentissage qui met en œuvre des moyens pour transformer les manières de faire d'un usager (en vue de maintenir ou de développer l'autonomie). C'est donc un phénomène anthropologique qui a partie liée avec la régularité. Dans quelles circonstances dit-on qu'un sujet a appris ? « S'il peut continuer tout aussi bien que moi » répond simplement Wittgenstein (1983). Toutefois, l'utilisateur (et c'est même une nécessité !) a le droit de participer à la conception de son projet d'accompagnement. Nous prenons donc appui sur l'anthropo-didactique, qui se situe à la croisée de la théorie des situations de Brousseau (une situation est marquée par les conditions dans lesquelles elle est apparue) et de l'anthropologie wittgensteinienne (le sens d'un mot, c'est son usage). En effet, l'idée est qu'en suivant cette approche, les personnes ne se limitent pas à savoir mais à comprendre en situation des connaissances, qui prennent appui sur l'expérience. Et c'est bien dans ce sens, selon nous, que doivent aller les modalités de participation des usagers à leur projet d'accompagnement. Dès lors, une éthique du care (Laugier, Molinier, 2009), c'est-à-dire une posture d'attention, de sollicitude pour l'autre pourra se développer au cœur de l'élaboration d'un accompagnement. Cette attention à l'autre dans les champs de la santé, de l'éducation et du travail social devra donc être incarnée au cœur de rencontres associant tous les partenaires autour de l'utilisateur/patient. En effet, la réalité d'une situation entre un usager/patient et un professionnel du social (au sens large) est toujours

singulière. Elle n'est pas liée à une idéologie mentaliste qui considère l'apprentissage des usagers comme relevant d'une appropriation individuelle. Elle met en scène des personnes et des travailleurs sociaux dans des situations d'apprentissage non-didactiques qui relèvent d'une genèse et donc d'une acculturation (collective). C'est pourquoi, dans cette préoccupation éthique, la coordination entre les acteurs du projet d'accompagnement est fondamentale. La recherche du sens que les professionnels tout autant que les usagers/patients trouvent à des situations est donc déterminante dans un projet d'accompagnement pour comprendre les logiques de cadrage de chacun et pour déterminer quels sont les leviers de toute intervention. A ce sujet, nous citerons Philippe Perrenoud : « Le sens se construit ; il n'est pas donné d'avance ; il se construit à partir d'une culture, d'un ensemble de valeurs et de représentations ; il se construit en situation, dans une interaction et une relation. » C'est pourquoi, il s'agira de favoriser la coordination entre les membres d'une équipe et les différents intervenants autour d'un usager/patient.

### **Théorie des situations et interactionnisme symbolique.**

Dans un projet d'accompagnement, il s'agit donc d'observer chacune des relations d'un usager/patient avec les acteurs de son environnement. Le rapport à l'institution est toujours intersubjectif et social (de Gaulejac, 1994). Il faut aussi analyser le sens que chaque acteur donne à ces interactions. A cet effet, nous nous appuyerons sur la théorie des situations (Brousseau, 1998). Cet auteur a défini une situation non didactique comme une situation sans finalité didactique pour laquelle le rapport au savoir s'élabore comme un moyen économique d'action (apprendre à s'habiller, se laver, manger, se déplacer dans les transports en commun, etc.), c'est-à-dire un ensemble de situations qui sont généralement au cœur des projets d'accompagnement avec un but de maintien ou de développement de l'autonomie d'un sujet. Au cœur de ces situations, la dévolution, qui « est l'acte par lequel l'enseignant fait accepter à l'élève la responsabilité d'une situation d'apprentissage (adidactique) ou d'un problème et accepte lui-même les conséquences de ce transfert » (Brousseau) est un enjeu. En effet, puisque c'est le processus par lequel le professeur/éducateur fait en sorte que les élèves/usagers assument leur part de responsabilité dans l'apprentissage, comment les savoirs au cœur d'un projet d'accompagnement se diffusent-ils ? Par ailleurs, si on se situe dans une approche interactionniste symbolique (Goffman, 1973), c'est-à-dire ce courant sociologique initié par l'école de Chicago, qui conçoit le monde social comme le produit des interactions entre les individus, on envisagera chaque situation en fonction de la manière dont ses acteurs la définissent et lui donnent du sens. Si les interactants ne partageaient pas un sens commun leur permettant d'interpréter les situations de la même manière en sachant comment se comporter, il n'y aurait pas d'interaction. La participation de la personne doit donc avoir pour objectif cette recherche de ce partage de sens avec les professionnels à partir de ses droits (prise en compte de ses attentes, besoins, conception et mise en œuvre de son projet d'accompagnement). La focale doit donc être mise sur les différentes interactions de l'utilisateur avec les personnes de son environnement dans le respect de ses droits individuels et ceci, quelles que soient les situations. Dans une recherche menée depuis deux ans, nous avons analysé dans le cadre d'une étude de cas comment une jeune femme psychotique peut apprendre au sein d'une relation de soin en santé mentale, à travers des situations non-didactiques, la nécessité d'un contrôle de son corps pour rentrer dans la norme. D'une vie marquée par la violence et les passages à l'acte et la discontinuité dans son enfance et son adolescence, elle est passée à une vie marquée par la norme. Elle est aujourd'hui « stabilisée » (selon le terme consacré) et toute sa vie est rythmée par l'environnement



de la psychiatrie qui lui procure des enveloppes protectrices. Mais les interactions avec le reste de la société sont quasi inexistantes. Aussi les modalités de participation de la personne à l'élaboration de son projet d'accompagnement doivent-elles interroger les différentes interactions et le(s) milieu(x) dans le(s)quel(s) elles se produisent. Une vie est-elle possible en dehors de l'accompagnement des professionnels ? Sylvie a appris aujourd'hui à « se tenir » grâce à l'apprentissage d'un contrôle de son corps qui prend la forme d'un « holding didactique » (Blanchard-Laville, 2001) avec une dimension de soutien et d'apaisement au sein de l'enveloppe psychique que constitue l'espace de l'institution du soin en santé mentale.

## Conclusion

Questionner les modalités de participation de la personne à l'élaboration de son projet d'accompagnement pose avant tout la question des termes de cette relation contractualisée entre usagers et professionnels (d'un établissement ou service). Comment ces acteurs définissent-ils chacun une situation d'accompagnement ? Quel sens donnent-ils au projet personnalisé ? Comment prendre en compte les besoins et attentes d'une personne ? Qui fabrique les normes sociales, qui sont à l'origine d'un projet d'accompagnement : les usagers et/ou les professionnels à travers une commande sociale ? De ces questions, dépend une réflexion éthique sur le travail social aujourd'hui.

Il y a donc pour nous un véritable enjeu autour de ce que nous appellerons « une didactique de l'accompagnement ». En effet, si la didactique porte sur les méthodes ou les pratiques d'enseignement, il apparaît primordial que les futurs travailleurs sociaux et soignants apprennent à la fois à accompagner les usagers/patients dans le respect de leurs droits, de leurs attentes et de leurs besoins en prenant en compte les différents contextes dans lesquels ils se trouvent. Dans le même temps, ils devront aussi reconnaître que l'invariabilité de la personne est un mythe. Par ailleurs, il s'agira de prendre en compte à la fois les vulnérabilités sanitaires et sociales d'un usager ainsi que les évolutions culturelles des métiers du travail social et de la société, qui doivent permettre de s'inscrire véritablement dans des pratiques professionnelles dynamiques au plus près de la réalité quotidienne des sujets accompagnés (dans les établissements, à l'école, à domicile).

## Bibliographie

- Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Saint-Denis : Anesm, décembre 2008, 52 p.
- Blanchard-Laville C, Les enseignants entre plaisir et souffrance, collection Éducation et formation, Paris : PUF, 2001, rééd. numérique 2013.
- Brousseau, G. (1998). Théorie des situations didactiques, Grenoble : La pensée sauvage.
- Geertz, C. (1983). Bali, interprétation d'une culture, Paris : Gallimard, Coll. Bibliothèque des sciences humaines, 255p.
- Goffman, E. (1973a). La mise en scène de la vie quotidienne : I. La présentation de soi, Paris : Minuit, traduit par A. Accardo, 256 p.

- Laugier, S., Molinier P., « Politiques du care », in *Multitudes* 2/2009 (n°37-38), pp 74-75.
- Perrenoud P., Paru in *Cahiers pédagogiques*, 1993, n° 314-315, pp. 23-27. Repris in Chappaz, G. (dir.) *La motivation*, Paris, CRAP, n°hors-série des *Cahiers pédagogiques*, 1996. p. 19-25. Repris in Perrenoud, Ph., *Métier d'élève et sens du travail scolaire*, Paris, ESF, 1996, chapitre 10.
- Roiné, C., « La fabrication de l'élève en difficulté », *Éducation et socialisation* [En ligne], 37 | 2015, mis en ligne le 01 mars 2015, consulté le 06 février 2017. URL : <http://edso.revues.org/1138> ; DOI : 10.4000 / edso.

**BARTHOLOME Cécile** : cadre de santé formatrice en soins infirmiers, IFSI Bagatelle, Talence

**BONNICI Virginie**: cadre de santé formatrice en ergothérapie, IFE CHU Bordeaux

**MONCOUCUT Magda** : cadre de santé formatrice en soins infirmiers, IFSI Xavier Arnoz CHU Bordeaux

## **Accompagner la personne dans son parcours de vie : une approche de la coordination interprofessionnelle en formation initiale paramédicale et sociale**

**Mots-clés** : interprofessionnalité, accompagnement, formation initiale, réflexivité

L'évolution des besoins de la population dessine de nouvelles situations complexes : précarité, difficulté d'accès aux soins, augmentation de l'espérance de vie et situation de handicap. De plus, la prévalence des maladies chroniques telles que le cancer, le diabète, la maladie d'Alzheimer, les pathologies cardio-vasculaires ainsi que les contraintes économiques et budgétaires des établissements sanitaires et sociaux imposent des changements de la politique de santé et de l'offre de soins. Actuellement, il existe un déplacement progressif des soins hospitaliers vers le secteur ambulatoire qui réinterroge la place des acteurs, usagers et professionnels.

L'accompagnement des personnes en situation complexe implique l'intervention de multiples professionnels de divers champs de compétences dans les domaines médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs. Il ne s'agit plus de rester centré sur la pathologie et ses conséquences mais de penser la transversalité des besoins de la personne, dans une logique de parcours. Le parcours se définit comme « l'ensemble des événements intervenants dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale »<sup>19</sup>

La prise en considération du parcours de vie permet de remettre la personne au centre du dispositif en intégrant son environnement, son entourage, et en prenant en considération ses besoins sociaux, économiques et médicaux. Il s'agit ainsi d'éviter, de limiter ou de repérer et d'accompagner les ruptures dans ce parcours, dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des usagers.

La reconnaissance de l'expérience du patient, dans son vécu singulier de son parcours, qui sera alors appelé « patient expert » ou « patient partenaire », encourage une collaboration avec les professionnels. Il s'agit de créer les conditions d'une relation d'égalité où chacun existe dans ses spécificités. Les pratiques professionnelles évoluent vers un partage de savoirs scientifiques et expérientiels, entre les professionnels et entre les professionnels et le patient. Cette évolution des pratiques permet aux professionnels de repenser leur positionnement passant d'un « faire pour » à un « faire ensemble ». Il s'agit de développer une coopération pour co-construire un projet singulier, dans un véritable accompagnement décrit « comme un lieu où se pensent les conditions qui permettent à autrui d'être à l'initiative de ses choix et décisions »<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> CNSA Rapport 2012, Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé  
[http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf) (consulté le 19 mai 2017)

<sup>20</sup> PAUL, M. (2004), L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, L'Harmattan, p. 243.

Cette nouvelle approche de l'accompagnement de la personne invite à interroger la place de la coordination dans la formation initiale « afin de franchir les frontières entre le sanitaire et le médico-social. »<sup>21</sup> Dans ce contexte il apparaît fondamental de développer un partenariat au sein des instituts de formation paramédicaux et sociaux pour renforcer une approche interprofessionnelle.

Un projet pédagogique de « coordination interprofessionnelle », sous l'impulsion de l'ARS, a été mis en œuvre entre septembre 2016 et janvier 2017 (pour une durée totale de 35h) auprès des étudiants des différents instituts de formation paramédicaux et des instituts des travailleurs sociaux.

Ce projet a pour finalité de favoriser le transfert de la coordination interprofessionnelle dans l'exercice professionnel futur des étudiants. L'objectif est d'initier la coopération entre des étudiants en formation sanitaire et sociale autour de l'accompagnement d'une personne dans son parcours de vie, dès la formation initiale afin de construire une compétence partagée d'organisation et de coordination d'interventions médico-sociales. Il concerne l'ensemble des étudiants en formation paramédicale et en formation sociale de la Gironde, soit plus de 1000 étudiants répartis en groupes interprofessionnels de 20 environ et accompagnés par les formateurs des différents instituts de formation en soins infirmiers, en kinésithérapie, en ergothérapie, en pédicurie-podologie, en puériculture et auxiliaire de puériculture, sociale (assistants de services sociaux, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants). Les étudiants ont pour la plupart d'entre eux quitté leurs instituts d'origine, pour aller à la rencontre d'autres étudiants de filières différentes. Les groupes d'étudiants ont travaillé à partir de situations emblématiques proposées par les instituts de formation, dans différentes thématiques, dont certaines sont des situations réelles (accompagnement d'une personne vieillissante en situation de handicap, d'un enfant atteint de diabète avec suspicion de maltraitance, d'une personne souffrant de VIH en situation de précarité, de la scolarisation d'un enfant autiste, d'une jeune femme enceinte addictive...).

Le projet se décline en différentes étapes :

- Présentation des professions et identification des champs de compétences des filières représentées dans les groupes et de leur zone de coopération interprofessionnelle.
- Analyse de la situation emblématique proposée et identification des problèmes et objectifs prioritaires de la personne, avec l'aide de professionnels de terrain.
- Elaboration d'un projet d'accompagnement partagé, présenté à ces mêmes professionnels de terrain.
- Proposition d'une coordination interprofessionnelle du projet d'accompagnement à l'aide d'un outil de coordination, participant pour une majorité des étudiants à l'évaluation d'une unité d'enseignement.
- Bilan des étudiants de l'expérience de coordination interprofessionnelle en formation initiale.

A travers la reconnaissance des situations complexes, la fonction de coordination apparaît aujourd'hui comme nécessaire et implique de développer de nouveaux moyens pour rendre cette coordination effective et accompagner les parcours de soins, de santé et de vie des personnes.

L'intérêt d'expérimenter la coordination dans le domaine social et médico-social en formation initiale se situe dans la recherche d'une connaissance des différents acteurs et des dispositifs, essentielle lorsqu'il faut atteindre de hauts niveaux de performance, nécessaires aux parcours complexes. « La

---

<sup>21</sup> CORDIER, A. (2014). Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé ?, *Revue adsp*, 88, p.43-45.

coordination dans le domaine social et médico-social a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements »<sup>22</sup>.

L'approche interprofessionnelle vise à créer une interaction, elle autorise à la fois la reconnaissance de ce qui sépare les professionnels (intervalles) et de ce qui les réunit (liens) dans un but commun : accompagner l'usager dans son parcours de vie. « *Dans un environnement complexe, l'attitude adéquate vise donc à construire son chemin pas à pas en tirant parti des situations qui émergent progressivement, en utilisant les informations qui surviennent dans l'action. L'objectif visé est toujours celui du « pas suivant ». C'est ainsi que s'entretient le cheminement et s'ouvre un chemin. La démarche s'inscrit alors comme « stratégie tâtonnante » et se développe par des va et vient, entre réflexion et action, entre ce qui était envisagé a priori et ce qui survient chemin faisant »*<sup>23</sup>.

Créer un espace d'échanges et de débats entre les futurs professionnels participe à l'identification des zones de recouvrement des champs de compétences des différents professionnels et à la clarification des rôles complémentaires de chacun. L'objectif est de tendre vers un projet commun et d'apporter un enrichissement dans l'accompagnement de la personne en renforçant la reconnaissance de cette dernière dans son parcours de vie à partir d'une approche « client-centrée ». C'est une « approche fondée sur la collaboration et le partenariat, utilisés pour promouvoir l'occupation (groupe d'activités : soins personnels, productives, ou de loisirs, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support à la participation à la société) auprès de clients (individus, des groupes, des organismes privés ou gouvernementaux, des associations ou autres). Le professionnel dont la pratique est centrée sur le client démontre du respect pour les clients, les encourage à participer au processus décisionnel, défend leurs droits, leurs besoins et reconnaît la valeur de leurs expériences et de leurs connaissances »<sup>24</sup>.

L'interprofessionnalité nécessite de penser des outils pour favoriser le partage des informations, des connaissances, des dispositifs existants et ainsi contribuer à la qualité des prestations sanitaires et sociales. Ces outils de communication répondent à la nécessité de développer un langage commun pour avoir un cadre de référence partagé. Les étudiants ont également identifié le besoin d'un coordinateur pour opérationnaliser la mise en œuvre du projet.

Lors du bilan de l'expérience du travail en interprofessionnalité, réalisé dans chaque institut de formation, les étudiants des filières sanitaires et sociales ont mis en évidence :

- La nécessité de construire un cadre de référence commun au préalable,
- L'évolution des représentations et de la connaissance des champs de compétences des autres professionnels et de leur zone de recouvrement, au bénéfice de la personne accompagnée,
- La richesse des échanges avec les professionnels de terrain et la nécessité de reconduire cette rencontre lors des prochaines sessions,
- La confirmation de l'hypothèse posée par l'ARS Aquitaine : « l'expérience de la coordination interprofessionnelle du parcours d'une personne en formation initiale facilite l'exercice professionnel en interprofessionnalité »,
- L'ébauche de la construction d'une nouvelle compétence partagée d'organisation et de coordination des interventions sanitaires et sociales.

---

<sup>22</sup> ARS. Lexique des parcours de A à Z. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Janvier 2016

<sup>23</sup> PAUL M. (2016). La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques. De Boeck, p. 139.

<sup>24</sup> Association canadienne des ergothérapeutes (2002). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. Ottawa. Auteur. p. 208.

Les étudiants ont fait des propositions d'amélioration pour les prochaines sessions :

- Répartir les 35h entre octobre et décembre (au lieu de octobre et janvier) en 2 sessions de 2 et 3 jours d'affilée,
- Répartir, de façon équilibrée, dans les groupes, les étudiants des différentes filières,
- Faire intervenir des patients experts,
- Intégrer les étudiants en médecine au projet.

La demande de répartition équitable des étudiants des différentes filières dans les groupes n'est pas possible au regard des effectifs très hétérogènes selon les filières (600 infirmiers pour 50 kinés par exemple).

Le projet a initié les étudiants à l'exercice interprofessionnel coordonné autour de la situation complexe d'une personne. Au regard de la multiplicité des thématiques proposées par les IFPM et l'IRTS, les étudiants ont pu, en grande majorité, choisir la situation de travail en cohérence avec leur projet professionnel.

Les moyens mis en œuvre, notamment les situations réelles et la dynamique de groupe, ont permis aux formateurs d'être des inducteurs de réflexivité pour les étudiants. Cette posture réflexive participe de l'analyse de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, du développement de leurs compétences professionnelles et d'une ouverture à l'Autre (professionnels des champs sanitaires et sociaux, personne accompagnée, son entourage).

La finalité est d'engager, chez les futurs professionnels, une dynamique dans le questionnement et le développement de relations partenariales pour transférer dans leurs pratiques professionnelles, cette expérience de coordination.

Les professionnels de terrain, intéressés par ce projet, proposent des situations complexes réelles comme supports à la réflexion au projet Interprofessionnalité 2018. Ils apprécient de pouvoir bénéficier de la richesse des regards, nouveaux, complémentaires de la part des étudiants pour les accompagner dans la construction de projets d'intervention dans ces situations complexes. L'ouverture que permet ce projet entre professionnels de terrain, étudiants et équipes pédagogiques est soulignée par l'ensemble des acteurs.

**BODINIER Virginie**, étudiante infirmière 3ème année, IFSI Bagatelle Talence

**GAUCHER Cécile**, étudiante infirmière 3ème année, IFSI Bagatelle Talence

## **Une approche de la coordination en formation professionnelle**

**Mots clés** : coordination - collaboration - infirmière - interprofessionnalité - formation initiale

### **Une présentation du projet :**

Actuellement en 3<sup>ème</sup> année d'études infirmières, nous avons participé de septembre 2016 à janvier 2017 à un nouveau projet interprofessionnel élaboré par les différents instituts de formation sociaux et paramédicaux de la région Aquitaine. Ce projet, initié par l'ARS, consiste à promouvoir et développer la coordination et la collaboration entre les différents professionnels autour du parcours de santé de la personne. Il y a eu cinq journées de travail interprofessionnelles organisées dans chacun des instituts où tous les étudiants ont été répartis selon les thèmes proposés. En fonction de notre professionnel nous nous sommes inscrites chacune dans un thème différent : « La personne âgée à domicile en rupture de son parcours » et « Vieillesse, précarité, handicap ». Les futurs professionnels représentés dans les groupes dépendaient du thème : dans nos groupes étaient présents des étudiants kinésithérapeutes, podologues, assistants de service social, ergothérapeutes et infirmiers.

Avant ce projet, les expériences que nous avons eues de la coordination en stage étaient très limitées. En effet, nous étions très centrées sur l'apprentissage théorique et pratique des soins inhérents à notre future profession et, de ce fait, nous étions peu attentives à la place de la coordination. Cette posture est renforcée par le fait qu'en stage les équipes, ayant une vision globale des soins et de l'organisation institutionnelle, continuent souvent à prendre en charge la coordination. Nous savions qu'elle existait, mais elle ne relevait pas de notre propre initiative, et nous n'avions pas toujours le temps ni les moyens pour comprendre ce qui était mis en place par les différents professionnels autour du patient. D'autre part nous manquions aussi de connaissance concernant les autres professionnels, leurs champs d'intervention, leurs compétences et l'importance de notre rôle dans cette coordination.

Ces cinq journées de travail nous ont permis de découvrir les différents corps de métier représentés dans nos groupes. Une présentation de chacun au début de notre regroupement a permis de clarifier les compétences, les champs d'intervention, mais également les limites de chaque profession. A travers ce travail et la situation qui nous a été proposée, nous avons pu échanger nos points de vue, et découvrir, connaître et appréhender les différentes compétences des autres étudiants afin de proposer, ensemble, un projet commun s'articulant autour de l'accompagnement de la personne.

Ces moments de travail nous ont beaucoup éclairées sur les moyens de communication interprofessionnels utilisés dans le but de faciliter les échanges professionnels, dont nous avions l'ignorance jusqu'à présent. Nous avons également compris l'importance de développer un langage commun, afin que tous les membres du groupe puissent se comprendre pour prendre soin du

patient. Ainsi, nous sommes passées d'un raisonnement clinique spécifiquement infirmier à une vision commune et d'une organisation infirmière à un projet de soin commun.

Cet enseignement a été pour nous d'un intérêt majeur pour notre future posture professionnelle. En effet, non seulement il nous a permis d'appréhender l'organisation et la coordination des interventions soignantes, mais il nous a également permis d'élargir notre vision sur les possibilités d'intervention et d'aides pouvant être mises en place afin d'optimiser l'accompagnement du patient. Le travail sur la continuité des soins a également été au cœur de cette expérience interprofessionnelle, car nous sommes désormais sensibilisées à la façon dont nous pouvons initier et maintenir le lien avec les autres professionnels. Ceci dans le but de travailler ensemble et d'échanger afin d'avoir une vision globale, partagée du patient et de ses besoins.

### **Des limites à cette expérience :**

Si nous comprenons que toutes les professions ne pouvaient pas être présentes du fait des situations proposées et de la répartition des étudiants dans les différents instituts, nous regrettons le fait que les élèves aides soignants et les étudiants en médecine soient absents. Nous avons réalisé l'importance fondamentale de leur place dans cette coordination lorsque nous échangeons autour de la situation. En effet, à certains moments dans notre travail de réflexion autour de la prise en soin du patient, l'avis médical aurait été nécessaire, et les connaissances de l'aide soignant également. Il nous paraît primordial que les étudiants en médecine puissent bénéficier de cet enseignement pour développer leurs capacités en terme de coordination et de collaboration avec les différents professionnels gravitant autour du patient. Les médecins sont bien souvent les chefs d'orchestre de la coordination et ils détiennent le pouvoir décisionnel par la prescription médicale.

En ce qui concerne les professions représentées, nous avons également noté le nombre important d'étudiants infirmiers dans chaque groupe. Cela a donc été déstabilisant lors de la première journée et de la découverte de la situation, car les autres corps de métier, qui étaient minoritaires, ont parfois rencontré des difficultés non seulement à s'affirmer, mais aussi à comprendre la façon dont raisonnaient les étudiants infirmiers face à cette situation.

Nous souhaitons également aborder la taille du groupe qui a, pour certains, était perçue comme une limite à ce projet. En fonction des instituts, les groupes formés étaient de taille variable, pouvant aller de 4 à plus de 20 étudiants. Des difficultés ont été rencontrées dans les groupes où il y avait 15 étudiants ou plus. Elles ont concernés essentiellement la communication, les différences de caractères, et les écarts au niveau des points de vue.

Enfin, la finalité de ce travail interprofessionnel a parfois été une limite à la richesse des échanges. Pour exemple, certains ont eu comme consigne dans le cadre de l'évaluation de créer un outil de communication interprofessionnel. La création de cet outil a amené les membres du groupe à s'éloigner de la situation de départ pour répondre à la demande mais avec le sentiment de ne pas privilégier la collaboration autour d'un projet de soin. A l'inverse pour d'autres, l'institut de formation a laissé entière liberté dans la présentation du projet : réalisation d'un staff pluridisciplinaire, document audio visuel, etc. Cette approche pédagogique nous a semblé intéressante car elle nous a permis de nous mettre en situation réelle d'échange entre futurs professionnels, tandis que l'autre méthode (création d'un outil de communication), plus cadrante et plus scolaire, nous a semblé non appropriée.



## **Les intérêts dans la construction professionnelle :**

A l'issue de ces cinq journées, nous réalisons que les premières difficultés ressenties pour communiquer, les différences dans notre façon de raisonner entre étudiants nous ont appris à échanger, à écouter et à respecter la façon dont chacun appréhendait la situation. De cette façon, la prise en soin du patient ne peut en être que plus riche car tout le monde donne son avis sur la situation, permettant de se rapprocher ensemble de la solution la moins pire pour le patient. De plus, le nombre important d'étudiant est également un élément représentatif d'une équipe, donc un très bon entraînement à la prise de parole.

Cet enseignement nous a aussi permis d'avoir une vision élargie et une prise de conscience du rôle infirmier dans cette coordination. En effet, comme nous le disions au début de notre présentation, nous n'étions pas assez conscientes de l'importance de la coordination lors d'une prise en soin. Tandis qu'aujourd'hui nous sommes convaincues de son intérêt et du rôle pivot de l'infirmier dans le parcours du patient. Nous avons une meilleure compréhension de l'enjeu d'instaurer une communication interdisciplinaire et, de ce fait, nous adoptons une posture allant dans ce sens là. Nous notons également, dans les stages qui ont succédé cette expérience, une meilleure réactivité de notre part face à des situations problématiques nécessitant une collaboration.

Ainsi, cet enseignement a réellement modifié nos représentations et notre posture au sein d'une équipe et d'un réseau. Nous avons maintenant une meilleure connaissance des possibilités et des moyens de communication, et donc une capacité plus importante à coordonner les interventions soignantes et à collaborer avec les différentes professions gravitant autour du patient.

## **Les différentes questions soulevées au cours des débats :**

### **- La place d'un individu au sein d'un groupe**

Durant l'atelier, à la suite des trois communications présentées, a été abordée la question du statut, de l'identité professionnelle de la personne au sein d'un groupe. On entend l'identité d'une personne comme un vécu au sein d'une équipe professionnelle, vecteur d'une implication et d'une motivation renforcées dans la construction des projets. Nous interrogeons l'impact de la confiance en soi et de l'estime de soi pour oser se positionner dans une collaboration interprofessionnelle. Face à un groupe, et notamment dans les professions médicales et paramédicales, la confiance en soi et en ses collègues semble nécessaire et génératrice d'efficacité et d'optimisation du travail. En effet, la confiance en ses collègues favorise non seulement l'adhésion mais également la cohésion de groupe car, bien qu'il y ait un travail en collaboration, chaque professionnel a des obligations et des responsabilités propres à leur champ de compétence.

### **- L'évaluation de la pratique de l'autre et le jugement**

En Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), la question du jugement est centrale dans le vécu de l'étudiant. Souvent source de mal-être, le jugement du professionnel de proximité en stage sur l'étudiant va avoir un impact sur sa capacité d'adaptation, sur sa réactivité, et sur le travail qu'il va fournir. Il aura une place importante dans son vécu émotionnel et dans son auto évaluation. Le jugement est souvent vécu comme porté sur la personnalité, alors que l'évaluation est centrée sur la pratique. Le tuteur de stage ne juge pas qui est l'étudiant, mais il évalue ce qu'il fait dans le cadre de

son apprentissage. Ainsi, cette complexité de l'évaluation des pratiques est un thème abordé et discuté en formation continue au tutorat. A travers ce travail interprofessionnel, nous avons constaté qu'il existe également un jugement entre membres d'une équipe en lien avec les propositions faites et les actions à mener. Ce jugement nous semble positif et constructif car il permet une amélioration de la pratique et un échange. Ainsi, nous appréhendons de façon plus sereine notre première prise de poste, en gardant à l'esprit que le jugement de nos futurs collègues sera à l'origine de notre développement dans le métier, et non un jugement négatif face auquel nous serions affectées.

#### - La réflexivité

La réflexivité a également été très abordée dans le débat. Cette culture de la réflexivité, source de remise en question et de progrès, est centrale en formation initiale infirmière. Elle permet à la fois un développement personnel dans son milieu professionnel, mais également un ajustement de pratiques de collaboration dans le cadre d'une réflexivité collective. La réflexivité semble alors essentielle pour un développement de compétences, et pour donner du sens dans la prise en soin du patient. Au sein d'un groupe de professionnels, elle donne une vision plus globale de la situation et enrichie donc la prise en soin. A la suite du projet interprofessionnel, chaque groupe de travail s'est retrouvé afin d'échanger autour des difficultés rencontrées dans la réalisation du projet (communication, dynamique de groupe, etc.) afin de les repérer, de les analyser et d'avoir un regard réflexif sur la façon dont nous avons procédé pour, par la suite, éviter de reproduire les mêmes erreurs.

### **Conclusion**

La situation que nous devons traiter avait pour objectif de mieux appréhender le travail de coordination en cohérence et dans la continuité d'un parcours de santé. Ce dernier s'articule autour de plusieurs soins et englobe la prévention, l'accompagnement médico-social, l'hospitalisation, la rééducation ainsi que le retour et le maintien à domicile.

Ce travail avait pour but de développer une compétence collective en s'appuyant sur des compétences individuelles.

Les différences dans le niveau de formation des différents étudiants (pour certains 1ère année, pour d'autres, dernière année) ont entraîné parfois des écarts dans l'analyse de la situation. Les idées, la réactivité, les ressources n'étaient donc pas égales ni au même niveau. Le regard novice de certains a pu amener des questionnements qui n'auraient peut-être pas été envisagés. Il semble toutefois que ces écarts de niveau de formation ont mis à plusieurs reprises les groupes en difficultés, constituant, le plus souvent, un frein à l'élaboration d'un projet d'accompagnement commun et consensuel.

Cela pose la question de la coordination : est-il possible de créer ou de construire une réelle compétence collective ? (chacun ayant une formation spécifique, un niveau de formation différent mais aussi une personnalité, un caractère, etc.) Est-il possible de trouver réellement un langage commun au sein d'une équipe ?

## **L'effet des transformations étatiques sur le travail éducatif et des résident-e-s ayant une déficience intellectuelle**

**Mots-clés** : travail social, déficience intellectuelle, nouvelle gestion publique, arrangements professionnels, dilemmes éthiques

Cette contribution analyse les incidences des décisions politiques et managériales sur le travail éducatif réalisé en établissement socio-éducatif (ESE) dans le canton de Vaud. Deux exemples particulièrement saillants ont été donnés par les éducateurs et éducatrices interviewé-e-s lors d'une recherche portant sur le plaisir et la souffrance au travail: d'une part l'introduction de nouvelles tâches administratives et de contrôle sur le travail éducatif et, d'autre part, la fin des mesures de contrainte et son effet sur le travail d'accompagnement et sur la médication donnée aux résident-e-s. Ces deux exemples questionnent à la fois les pratiques de travail dans ses dimensions objectives (partage des tâches entre le personnel éducatif), mais aussi subjectives : ce qui est décrit comme le « vrai travail » éducatif, ce qui est valorisé et ce qui est enjeu de pouvoir au sein des équipes éducatives.

### **1. Données contextuelles**

Dans les années 2000, le domaine de handicap mental vaudois a connu d'importantes transformations suite à la dénonciation de cas de contraintes abusives sur des résident-e-s en institution. Suite à la mobilisation d'associations de proches de résident-e-s et à la médiatisation de la contrainte en institution, l'Etat a procédé à des enquêtes qui ont confirmé des abus et modifié la loi sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap en règlementant strictement les mesures de contrainte<sup>25</sup>. L'Etat a également mis sur pied une commission d'inspection chargée de contrôler dans les ESE des critères comme la distribution de médicaments, la formation du personnel éducatif, le suivi de projets individuels, etc. Ces mesures ont été mises en place dans un contexte institutionnel déjà bien imprégné par le discours gestionnaire et la nouvelle gestion publique<sup>26</sup> marqués par l'individualisation de l'accompagnement des résident-e-s (Papadaniel, 2009), l'incitation à la création de « projets », la multiplication des outils d'évaluation, l'importance des résultats, la reddition de comptes, etc. (Bresson, 2013).

---

<sup>25</sup> Une mesure de contrainte « restreint la liberté personnelle et le mouvement du résident sans ou contre sa volonté, par des moyens physiques mécaniques (attachement) et/ou topologiques » (DSAS, 2013, p. 4). Depuis 2006, une directive inscrit le principe d'une interdiction de toute mesure de contrainte sauf dans des situations exceptionnelles où d'autres mesures ont échoué ou si le comportement du résident présente « un danger grave pour sa vie, sa santé, sa sécurité ou son intégrité corporelle ou pour celles des autres personnes ou si son comportement perturbe gravement la vie communautaire » (DSAS, 2013).

<sup>26</sup> Demazière et al. (2013, p. 6) définissent la nouvelle gestion publique comme un « mouvement d'ampleur visant la réorganisation en profondeur des systèmes administratifs, par transferts des méthodes de management traditionnellement réservées aux firmes privées et implantations d'instruments managériaux, comme la culture du résultat, la mesure de la performance, la contractualisation, l'imputabilité, l'approche-client, etc. ».

## 2. Recherche sur les « situations complexes »

Cette communication est basée sur une recherche menée entre 2015 et 2017 dans 6 ESE du canton de Vaud<sup>27</sup>. L'équipe de recherche a interviewé 42 éducateurs et éducatrices travaillant dans des foyers accueillant une ou plusieurs personnes en situation dite complexe soit cumulant une déficience intellectuelle et des troubles psychiques (troubles du comportement, de l'humeur, troubles du spectre de l'autisme, etc.)<sup>28</sup>. Ces situations complexes peuvent s'accompagner de violence physique et verbale, d'automutilation et d'attitudes stéréotypées (Cudré-Mauroux, 2012) et mettent le personnel éducatif à rude épreuve notamment en termes de stress, d'absentéisme, de *burnout* et de *turnover* (Hastings, 2002). De par les défis qu'elles représentent, ces situations complexes fonctionnent comme un miroir grossissant des enjeux du travail éducatif dans le champ du handicap mental en mettant en exergue certaines transformations du métier d'éducateur et éducatrice: redéfinition des missions et des valeurs professionnelles, intensification des collaborations interprofessionnelles ou encore enjeux de contrôle et de standardisation du travail (Kuehni & Bovey, 2017).

## 3. Les tâches administratives

Les contrôles de la Commission d'inspection et l'instauration de nouveaux critères de qualité, le suivi des cahiers de bord par la hiérarchie, les demandes de rapports et l'injonction à formuler des projets personnalisés pour chaque résident-e ont provoqué deux effets majeurs dans les institutions. Premièrement, la création d'étages hiérarchiques intermédiaires supplémentaires, un effet classique du poids donné à la gestion administrative des institutions (Demailly, 2008). Deuxièmement, les éducateurs et éducatrices disent consacrer davantage de leur temps de travail à « l'administratif » et se sentent accaparé-e-s par les réseaux, les mails, les rapports à rendre et d'autres nouvelles tâches apparues ces dernières années comme compléter les projets personnels des résident-e-s :

« Ce que je n'aime pas, c'est le travail alors qui devient administratif, mais de manière plus qu'énorme. Donc ça je n'aime pas, parce que moi ce que j'aime, c'est être avec eux. Et plus les décennies passent, plus on est devant un bureau, à l'ordinateur pour faire des rapports, préparer des projets, et moins de temps on est avec eux. C'est dommage. Donc là c'est vrai que sitôt que nous on a du temps, on va vite à l'ordinateur pendant que les personnes remplaçantes s'occupent des résidents. Parce que moi j'aimerais bien être avec, même si c'est pour faire leur toilette ou n'importe quoi ». (Gilles, éducateur HES, 57 ans)

Dans les entretiens, les tâches administratives sont souvent décrites comme étant une charge et représentent le côté « négatif » du travail d'éducateur et éducatrice. Le cœur du métier, le « vrai travail », c'est le travail d'accompagnement et de présence, le travail relationnel. Aux yeux des éducateurs et éducatrices, les tâches administratives deviennent problématiques lorsqu'elles ne

<sup>27</sup>Financée par la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), la recherche est intitulée « Des situations dites complexes des personnes en situation de handicap : plaisir et souffrance dans le travail éducatif », elle est dirigée par Morgane Kuehni, Toni Cerrone et Nicole Richard. L'équipe comprend les trois responsables ainsi que Laurent Bovey, chercheur sur ce projet.

<sup>28</sup>Notons que cette définition mérite discussion et qu'il n'existe actuellement pas de consensus sur la définition d'une situation complexe.

sont pas effectuées pour améliorer la vie du foyer ou des résident-e-s mais servent à « rendre des comptes » à la hiérarchie et servent *in fine* d'outil de contrôle du travail. Elles sont également mal vécues lorsqu'elles se font au détriment du travail auprès des résident-e-s et entravent le travail relationnel.

Néanmoins, il existe un pendant positif au travail administratif : il offre la possibilité de souffler et de s'extraire momentanément de la relation avec les résident-e-s. Dans le travail avec des personnes en situation complexe plus qu'ailleurs, le travail relationnel peut être pénible : cris continus, repas qui s'éternisent, situations de violence, crises, etc. L'activité administrative permet de respirer dans des journées chargées. Elle constitue donc aussi une échappatoire ou une stratégie d'évitement devant les difficultés et la lourdeur de l'accompagnement. Autre avantage des tâches administratives, elles permettent de « visibiliser » le travail. Regarder la télévision avec les résident-e-s n'est pas (ou plus) considéré comme du vrai travail, par contre, se mettre derrière l'ordinateur a toutes les apparences d'un travail « sérieux ». Si un visiteur se présente dans le foyer (supérieur hiérarchique, contrôleur de l'Etat et... chercheur), mieux vaut remplir le cahier de bord qu'écouter de la musique avec un-e résident-e. Cette « visibilisation » du travail ou cette « théâtralisation de l'activité » pour reprendre le terme de Demailly (2008) permet d'évacuer d'éventuelles accusations de fainéantise. De plus, le travail relationnel est fait de « petits riens » difficilement évaluables et peu visibles, les tâches administratives le sont en revanche beaucoup plus et cadrent mieux avec la mesurabilité prônée par la nouvelle gestion publique. Le travail administratif demeure par ailleurs la chasse gardée des éducateurs et éducatrices les mieux formé-e-s. Ils et elles se réservent un espace pour s'extraire de la relation avec les résident-e-s et se concentrer sur l'écriture et la transmission d'informations : des tâches de « l'esprit ». Le fait que les tâches administratives soient « captées » par les travailleurs et travailleuses les plus qualifié-e-s renforce la valeur positive de celles-ci. Un des résultats de cette captation des tâches réflexives et administratives est la délégation d'une partie du « sale boulot » (soins pénibles, changer les résident-e-s, etc.) au personnel éducatif le moins formé (auxiliaires, veilleurs/veilleuses, assistant-e-s socio-éducatif/ves). En Suisse comme ailleurs, on assiste depuis quelques années à une segmentation des professions de l'éducation sociale.

#### **4. Fin des mesures de contrainte et médication : arrangements professionnels et dilemmes éthiques**

Comment les équipes éducatives peuvent-elles pallier la levée des mesures de contrainte mécaniques (attaches) et topologique (pièce fermée) ? Certain-e-s résident-e-s ont connu des mesures de contrainte toute leur vie, ont dormi dans un sac de couchage lesté ou la porte fermée à clé, ont eu les mains entravées pour ne pas se blesser ou étaient sanglé-e-s lors des repas pour ne pas tomber. La fin des mesures de contrainte a suscité des craintes, mis des groupes éducatifs dans l'embarras et les a contraint à développer d'autres approches ou à remplacer la contrainte mécanique et topologique par l'utilisation de la contention manuelle (tenir les résident-e-s ou les plaquer au sol lors d'une crise) ou chimique (sédatifs, somnifères). Il s'agit de calmer suffisamment le ou la résident-e pour qu'il ou elle ne perturbe pas la vie du groupe et ne se mette pas en danger ou mette en danger autrui. Pour certain-e-s éducateurs et éducatrices, le loquet de la porte a parfois été substitué par un verrou chimique :

« On parlait des mesures de contention, peut-être qu'on peut ouvrir une porte, on lui donne des gouttes plus fortes ou une pilule rouge qui le fasse dormir, et voilà on peut ouvrir la porte ». (Pierre, éducateur ES, 47 ans)

Des directeurs et directrices d'institution, des psychiatres et des éducateurs et éducatrices constatent une augmentation de la médication ces dernières années.

« Si tu prends l'avis de la doctoresse qui est la psychiatre de l'institution, elle te dirait "les contentions physiques ont diminué, mais moi depuis quelques années, mes traitements médicamenteux, ils ont augmenté", quelle est la part de la contention là-dedans (petit rire), point d'interrogation. Hein nous on a une résidente le soir, elle se farcit, avant de se coucher allez... trois Nozinan et puis un Temesta Expidet ». (Christophe, éducateur responsable, 41 ans)

Certain-e-s résident-e-s ont une médication lourde, un véritable « cocktail » composé de psychotropes prescrits pour limiter les crises d'épilepsie (souvent associées aux troubles du spectre autistique), de calmants, de neuroleptiques, de somnifères et d'antidépresseurs auxquels s'ajoutent d'autres produits pour limiter les effets secondaires des premiers (constipation, troubles du comportement). Le nombre impressionnant de médicaments ingérés chaque jour choque parfois le personnel éducatif qui mentionne des cas de « contention pharmacologique » ou de « camisole chimique ».

Les effets « assommants » des médicaments peuvent réduire les capacités motrices et intellectuelles des résident-e-s, c'est donc un dosage complexe et un équilibre fragile que doivent trouver les psychiatres et le personnel éducatif (qui a son mot à dire) : il faut permettre aux résident-e-s de participer aux activités et à la vie du foyer en étant le plus mobile et alerte possible, tout en limitant les crises. Cet équilibre médicamenteux cache un vrai dilemme éthique pour le personnel éducatif des institutions<sup>29</sup> : faut-il « shooter » les résident-e-s pour qu'ils et elles ne perturbent pas le groupe ? Chaque équipe éducative « s'arrange » comme elle peut avec ces contraintes, certaines équipes ne sortent plus pour éviter une crise en public, d'autres « jouent » avec les doses pour atteindre un semblant de normalité :

« Mireille : On a dû tester quelques médicaments, tester quelques dosages, parce que soit ça l'assommait complètement, ou soit c'était pas assez efficace. Donc on a joué un peu avec les dosages, parce que ça s'est produit aussi quand on avait fait une colonie de vacances, [le résident] a commencé à se taper, c'était vraiment de l'automutilation et là je lui ai donné sa réserve, mais ce n'était pas assez fort. Pour le retour on avait trouvé le bon dosage. [...] par contre maintenant on lui donne systématiquement par exemple si on va faire une sortie d'une demi-heure, un trajet dans un bus, on va lui donner.

Interviewer : Une réserve préventive ?

Mireille : Oui

---

<sup>29</sup>Notons que ce dilemme éthique est également partagé par le milieu médical et se trouve au centre de débats importants. Le choix de la médication résulte souvent de tâtonnements et d'essais sur de longues durées avec des résultats plus ou moins probants (Thivierge et Radouco-Thomas, 2008).

Interviewer : Et ça l'assomme un petit peu quand même ?

Mireille : Oui. Et justement des fois, ça l'assommait trop et ça devenait dangereux pour lui et pour nous, parce que pour le mobiliser... après pour faire les transferts de sa chaise, pour l'amener aux toilettes, s'il ne tient pas sur ses jambes ce n'est pas évident ». (Mireille, éducatrice HES, 57 ans)

Selon Mireille, le résident est aujourd'hui « équilibré », il ne peut certes pas marcher tout seul, mais il a pu recommencer le travail en atelier, signe d'une intégration réussie dans l'institution. Cet exemple montre le résultat des arrangements opérés par l'équipe éducative : elle a tranché en faveur de la médication. L'équipe a demandé une augmentation du dosage distribué préventivement, le résident n'a ainsi plus de crises et peut partir en balade avec le reste du groupe, par contre, il a perdu de sa mobilité et doit être transporté en chaise roulante. Entre l'agressivité et la chaise roulante, il faut choisir. Cet arrangement n'est pas uniquement un arrangement de confort pour l'équipe, il répond également à des exigences plus ou moins implicites de la direction pour qu'il n'y ait pas de vagues, pour qu'il n'y ait pas d'interventions de l'Etat ou d'hospitalisations en hôpital psychiatrique (coûteux et mauvais pour l'image de l'institution). Les équipes démunies face à des situations complexes voient leur expertise éducative remise en question, leur légitimité à se prononcer fragilisée et elles finissent tôt ou tard par être mis « sous tutelle » de la direction, de l'Etat ou d'autres *coachs* ou experts qui gravitent autour des institutions. En normalisant à l'interne le comportement de leur résident, Mireille et ses collègues échappent partiellement à ce contrôle, limitent toute forme d'ingérence dans leur travail et conservent une certaine autonomie. Aux yeux de la hiérarchie, le personnel éducatif a su régler le problème des crises.

## **5. Conclusion**

L'accompagnement des résident-e-s ne se limite pas à une relation entre résident-e-s et éducateurs et éducatrices. Entre les injonctions étatiques, les décisions institutionnelles et les arrangements professionnels, il y a une multitude de facteurs à prendre en considération. Pris entre des demandes contradictoires, les professionnel-le-s choisissent les options les moins destructrices pour leur santé, leur éthique, le collectif de travail et pour les résident-e-s. Si ces arrangements ont un impact sur le personnel éducatif, ils ont également un impact sur les résident-e-s. En bas de cette chaîne le long de laquelle se répercutent injonctions paradoxales et dilemmes éthiques se trouvent les résident-e-s, inégalement doté-e-s en ressources. Cette situation laisse à réfléchir sur la place que l'on donne aux plus fragilisé-e-s dans les institutions et dans la société.

## Références bibliographiques :

- Bresson, M. (2013). Quelle influence la nouvelle gestion publique a-t-elle sur les mutations de l'emploi et des professions du travail social ? In Bello, C., Bresson, M. & Jetté, C. (dir.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique* (pp. 77-92). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cudré-Mauroux, A. (2012). *Le personnel éducatif face aux comportements-défis. Manuel de gestion du stress dans l'intervention auprès de personnes avec déficiences intellectuelles*. Bruxelles : De Boeck.
- Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation. Approches sociologiques des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Demazière, D., Lessard, C. & Morrissette, J. (2013). Les effets de la Nouvelle Gestion Publique sur le travail des professionnels : transpositions, variations, ambivalences. *Education et sociétés*, 32, 5-20.
- Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) (2013). *Directives et canevas de protocole. Etablissement spécialisé et mesures de contrainte*.
- Hastings, R. P. (2002). Do Challenging Behaviors Affect Staff Psychological Well-Being? Issues of Causality and Mechanism. *American Journal on Mental Retardation*, 107(6), pp. 455-467.
- Kuehni, M. et Bovey, L. (2017, à paraître). Travail éducatif et handicap mental : vers une redéfinition des territoires et des valeurs professionnelles. *Pensées plurielles*. 46(3).
- Messer, I. (2016). Sortir des mesures de contention. *Reiso* : [www.reiso.org](http://www.reiso.org)
- Papadaniel, Y. (2009). Editorial, la double négociation. *Pensées plurielles*, 22(3), pp. 7-12.
- Thivierge, J. et Radouco-Thomas, M. (2008). L'utilisation des psychotropes chez les personnes autistes, *Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'autisme*, Paris, Dunod, « Santé Social », pp. 157-170.



**BROGNOLI Arabelle**, Educatrice Spécialisée depuis bientôt 30 ans, Formateur Vacataire IRTS Talence

## **Les enjeux institutionnels de l'accompagnement : la notion de projet et la conjugaison des deux commandes contradictoires : le soin et l'insertion / projet individuel et collectif**

**Mots clés** : psychoses, accompagnement, insertion, soin, commandes

« Vouloir faire dans les institutions qu'un seul type de professionnel s'occupe à la fois de la souffrance psychique et des désordres sociaux est illusoire(...) Il est nécessaire de coordonner ses deux injonctions : soins et sanitaire, insertion et médico-social » M. Jaeger.

**Comment faire naître un espace d'accueil en adaptant les dispositifs pour que coexistent ses deux commandes ?**

**Pourquoi ne pas créer des unités spécifiques permettant de redéfinir des partenariats entre le sanitaire et le social ?**

Depuis plusieurs années nous voyons nos institutions et sa population ainsi que notre métier muter : de nouveaux défis se dessinent dans notre accompagnement à l'Autre en souffrance psychique ou sociale voir souvent les deux.

Véritable « urgentiste de la relation » et « généraliste du projet » l'éducateur est en première ligne. Il est le professionnel qui tisse dans sa pratique les différents regards portés sur cet Autre en situation de handicap, « cet incasable de service » pour reprendre Eric Jacquot dans « le bal des psychotiques ».

Nous voyons dans notre quotidien augmenter les charges de travail ainsi que des demandes vers une adaptabilité quasi instantanée de nos directions et cela au détriment de nos activités ou accueil. *Par exemple la coordination de projet sans temps supplémentaire ou encore plus frappant le fait que souvent nous sommes obligés de choisir entre un accueil spécifique d'un jeune qui met à mal un lieu d'apprentissage et un accueil d'un groupe de jeunes pour un atelier à visée socialisatrice ou créatrice.* Faisant naître un véritable dilemme éthique dans nos analyses de pratiques.

Directement issus du « management » ces demandes mettent à mal notre rapport à l'Autre dans notre désir d'établir la relation, de mise en place de dispositif d'accueil au plus près des besoins de notre population et cela au nom de la sainte trilogie : la commande sociale, les besoins du service, les moyens constants.

Des ouvrages naissent de ce constat : « Merci de ne plus nous appeler usager », « L'articulation entre sanitaire et social » de Marcel Jaeger en sont quelques exemples.

Ils dénotent du malaise grandissant des institutions à muter, à tisser de nouveaux partenariats de reconnaître cette population plurielle dans ses besoins propres et individualiser les accompagnements.

Pourtant il existe des dispositifs, des référentiels d'observations, véritables outils au service de l'éducateur et des services qui mériteraient d'être développés et mis en lumière voir revisités.

Depuis bientôt 10 ans, je maintiens, tant que faire se peut, ces dispositifs et ces observations au sein de l'établissement pour lequel je travaille permettant de faire cohabiter en leur lieu la contrainte liée tant au soin qu'à l'insertion.

**Ces deux outils ont fait leurs preuves.** Malgré tout cela ils ont des difficultés à survivre au sein des établissements car peu de professionnels sont formés à ces techniques.

Au lieu de tisser l'accompagnement sur des dispositifs permettant cette jonction entre « usagers » et « citoyens » et ainsi de « reconnaître l'Autre comme un tout »\*, une personne, on nous impose de faire des choix : **guérir ou insérer...**

*\*Sylvie Archambeau animatrice et thérapeute dans les ateliers d'expressions thérapeutiques du centre hospitalier Garderose de Libourne et pédagogue de formation Universitaire, fondatrice de « la fabrique d'atelier »*

*Je vous présente une réflexion basée sur un certain fonctionnement qui, à mon sens, peut amener un souffle au sein des institutions ayant à faire à cette population plurielle :*

**Le changement de population des établissements médico-sociaux entraîne une double contrainte : le soin et l'insertion / projet individuel et projet collectif.**

Engorgés, les hôpitaux de jour se retournent vers les IME qui sont confrontés à faire cohabiter des jeunes présentant des comportements violents avec une déficience moyenne voire légère avec d'autres n'ayant pas de troubles des conduites.

Les jeunes basculent de « patients » vers « usagers » dans des structures sociales ou médico-sociales pour un projet d'insertion ou pour des accompagnements plus adaptés et surtout, ne nous le cachons pas, moins onéreux !

**L'éducateur a besoin d'un langage qui correspond à sa place singulière, d'outils donnant sens et foi à sa pratique, ses actions pour un accompagnement du sujet au plus près de ce qu'il est.**

Se posent alors au quotidien de l'éducateur les questions suivantes :

**Comment accompagner cet Autre quand il se présente comme une énigme avec des zones d'ombres ?**

**Comment faire cohabiter les deux ?**

À vrai dire, les enfants /jeunes présentant des « troubles du comportement » se caractérisent surtout... par le trouble qu'ils induisent autour d'eux et cela avec succès.

Eric Jacquot l'a parfaitement décrit dans sa publication « Le bal des psychotiques » !

**De tous les enfants hors des normes, ce sont bien ceux qui troublent le plus les équipes, et plus généralement la société toute entière.**

C'est probablement cela qui induit la façon dont on les définit habituellement, par leurs « comportements » supposés troublés, donc par leurs conduites observables, sans trop se préoccuper de ce que **leurs conduites signifient ou traduisent.**

**Ces enfants/jeunes sont plus troublants que troublés**, on ne les considère guère comme « troublés » que parce qu'ils sèment le « trouble » autour d'eux... **Il arrive d'ailleurs que l'on soit amené à constater que leur « trouble » se réduise à ce « trouble » autour d'eux, aux perturbations de leur relation avec tel entourage particulier, comme le montrent les multiples exemples de disparition de tout « trouble » lors d'un changement d'entourage, même dans des « cas » qui pouvaient sembler gravissimes.**

*C'est ce jeune qui est incontrôlable, en état de « crise » pour une institution, qui va casser des objets, se confronter à un adulte, de manière fracassante mais qui, en arrivant dans le service de pédopsychiatrie ou aux urgences psychiatriques, est d'un calme olympien, dans la relation, dans la capacité à échanger !!!*

*Et on le renvoie dans l'institution sans pour autant avoir décrypté le « pourquoi » de cet acte.*

*On ne voit que la partie criante de ce qu'il est sans interroger à quoi sert « la crise ».*

*(Qu'on m'écoute enfin ?, que j'ai une relation privilégiée ? une décharge émotionnelle ?...)*

Si un simple changement d'entourage ne résout pas toujours les problèmes, loin de là, il y a cependant là des observations suffisamment... troublantes pour ne jamais exonérer trop vite, dans l'analyse de ces enfants, l'importance des effets purement systémiques.

Dans l'éducation spécialisée **on ne peut séparer la problématique des personnes et les actions à mener** et interroger toujours et encore plus actuellement **la question du tiraillement entre soin et insertion (cf. M. Jaeger) ainsi que les enjeux entre projet de vie et projet collectif.**

## **De quoi parlons-nous ?**

1. **Les soins** : on questionne le sujet, on met en avant une problématique, une logique de soin, d'espace temps (les espaces ressources) qui correspond au temps du sujet (interne à la personne-maturation). Le regard porté est différent car l'observation et l'attention seront orientées vers les compétences du sujet.

**C'est reconnaître l'autre dans sa problématique, sa singularité, sa particularité.**

**Le centre de l'accompagnement est l'apaisement** : le temps de la relation ou le « bricolage de la relation » n'est pas dans ces lieux soumis au projet enfermant dans des axes-actions.

**C'est le temps de la rencontre**

La prise en charge partenariale sera orientée vers les cellules de la psychiatrie (juvénile ou adulte), la notion de « compensation » est tournée vers l'adhésion à un parcours singulier et thérapeutique. (Espace atelier thérapeutique, les cattp etc.)

2. **L'insertion** : on questionne la place **du sujet dans le collectif** : Soi et l'Autre.

La problématique se situe dans la capacité de la personne à intégrer les notions de « projet professionnel et social ». On s'adresse à une insertion la plus acceptable possible.

C'est le temps du « social » institutionnalisé avec des exigences à l'opposé des préoccupations du sujet.

L'accompagnement est surtout par groupe de vie.

**Or la population plurielle** remet en question les institutions dans leurs incapacités à intégrer des dispositifs classiques basés sur de l'inclusion ou de l'insertion.

**La notion de temps** ne correspond pas au temps du sujet, à son besoin de maturation qui s'oppose à un temps social : *exemple à 14 ans tu dois aller sur le groupe des adolescents et préparer ton avenir professionnel, à 16 ans tu dois aller sur le groupe des jeunes en partance et préparer ton départ et ton projet de vie etc.*

**Mais les grandes lignées psychotiques, dysharmoniques ne sont pas dans cette logique et créent des incompréhensions et des impossibilités institutionnelles de parcours adaptés qui seraient pourtant dans la logique de projet personnalisé.**

3. **Le projet individuel** : la notion doit favoriser des mouvements propres au sujet, à ses besoins et compétences (à acquérir ou à consolider). **On parle de progression, d'axe de travail, de tissage de lien dans des espaces pensés et créés pour permettre au sujet de travailler sur ce qui fait « nœud » chez lui. On réunit toutes les conditions pour connaître le sujet et interroger les institutions dans leur capacité à le promouvoir.**

C'est la rencontre des différents regards qui jalonne le projet : thérapeutique, éducatif et pédagogique.

Cela lui garantit la possibilité de traverser à son rythme, les espaces, les stades inhérents à l'évolution de tout être humain et que notre population traverse aussi (exemple : l'adolescence)

Cela reconnaît aussi les familles (naturelles ou d'accueils) comme partenaires et cela n'est pas encore chose acquise.

4. **Le projet collectif** : doit permettre la **mise en œuvre** en terme d'espace d'accompagnement et de **stratégie** des projets individualisés en permettant le maintien d'un équilibre entre :
- Les besoins individuels et les besoins collectifs en veillant que les uns ne l'emportent pas sur les autres.
  - Le parcours individualisé et le parcours singulier (le « sur mesure » du projet individualisé) et les espaces collectifs d'accompagnement
  - Les besoins spécifiques et les prestations institutionnelles inscrites dans un projet territorial.

- **La notion de parcours englobe le projet mais il ne s'y réduit pas.**
- **La mise en œuvre du projet** confronte chaque acteur aux réalités qu'il avait pu projeter sur l'Autre et qu'il avait pu sous estimer, notamment à sa propre organisation psychoaffective, à ses propres limites (ce que l'on peut accepter ou non), à la façon dont il prête à l'Autre ses propres intentions.
- **La méthodologie par notion de projet** donne une distance entre ce que l'on dit et ce que l'on sait important de faire (les Axes du projet individualisé) et ce que l'on parvient à faire
- **Les notions de projet entraînent une méthodologie de travail et d'observation par référentiel (le ROCS\* par exemple initié par Jacques Danancier) et une logique institutionnelle (logiques de prestations et de compensations) qui n'est pas**

toujours mise en place et qui crée des discordances dans le parcours du sujet et la compréhension de sa place.

- **Mais aussi il présente un coût financier. D'où la fameuse réponse aux équipes : on fera cela « à moyens constants » !!!**

### **Quelques mots sur cet outil : Le ROCS**

**Les outils tels que le ROCS (référentiel d'observation des compétences sociales) mis à la disposition de l'observateur permettent de faire tiers dans la relation avec l'Autre en nuancant ses implications personnelles.**

**Il est un écrit de référence qui comporte une « matérialisation de l'observation de départ et de ses actions prévues dans un délai précis».**

**C'est l'ensemble des capacités intellectuelles et psychologiques par rapport à un âge de référence, les relations, les principes de causalité et de classification.**

**Il permet de dégager des Projets d'Actions Educatifs liés directement aux besoins de la personne sous forme de consolidation et de compensation.**

**Il rend légitimes et pérennes des axes d'accompagnement par médiation en incluant une partie évaluation des actions menées.**

**Dans cette logique les deux projets ne s'opposent pas.**

*\*ROCS : Référentiel d'Observation des Compétences Sociales /Jaques Danancier « le projet individuel dans l'accompagnement éducatif » Dunod*

**Mais dans la pratique, face à des organisations institutionnelles rigides, basées sur une réalité structurelle, les deux projets s'opposent lourdement rendant impossible l'un ou l'autre.**

**Ils deviennent contradictoires !**

**Exemples :**

- *l'impossibilité de faire survivre les espace d'accueil éducatif à visée et effet thérapeutique et les nécessités de service (l'éducateur est un employé polyvalent qui est souvent urgentiste de situation au détriment des actions pour lesquelles il est positionné. Autrement dit on n'hésite pas à faire annuler un atelier ou une activité pour permettre à un autre groupe (pédagogique) de fonctionner !)*
- *les temps collectifs de repas et les besoins spécifiques de certains sujets : comment accompagner l'hyperphagie alors que l'institution ne permet qu'une heure spécifique de prise de repas ?*
- *les accompagnements dans les lieux pédagogiques et les phobies scolaires*
- *les prises en compte des besoins d'espaces de maturation et la politique d'inclusion scolaire. (La mise en place des lieux d'accueil ou unités pour les personnes aux besoins spécifiques)*
- *le choix que l'on impose surtout aux personnes accueillies d'être ou un « patient » ou un « usager » mais pas les deux.*

**Etc.**

**La différence se trouve aussi et surtout dans la notion de temps :**

- **Dans le projet individuel on a de la latitude**, on prend son temps, on se met au temps de l'autre et de son écoute
- **Dans le projet collectif le temps est maîtrisé**. On doit rentrer dans des cases d'emploi du temps qui est pensé pour le sujet en fonction de la présence des adultes alors qu'il faudrait faire l'inverse : construire la présence des adultes en fonction des besoins des personnes.  
Il en est de même pour les contenus : exemple : il y a trois ateliers professionnels donc on ne propose que ces trois orientations.

**Se posent les questions**

- **du partenariat de secteur et la notion de « concurrence » dans le médico-éducatif.**
- **le travail de la clinique du sujet dans des institutions soumises à l'injonction de « rentabilité », de commande sociale d'inclusion et de prix de journées, de moyens constants....**
- **la préoccupation des personnels éducatifs et des enjeux du maintien d'une certaine qualité d'accompagnement basée sur des techniques d'accueil, d'observation, de relation**
- **l'arrivée d'une nouvelle forme d'accompagnement qui reste à construire par exemple**

**Les espaces d'accueil sous dispositifs polyvalents**

**L'utilisateur de nos institutions est confronté** à une injonction de lieu, d'emploi du temps et de son respect au risque d'être de nouveau marginalisé dans une place où le symptôme est sa carte de visite, et la crise le moyen d'obtenir enfin une réponse à son « mal à être ». On est passé d'un système simple à un système complexe où chaque personne accompagnée fait l'objet d'un programme particulier qui entraîne la rencontre avec de nombreux intervenants.

L'éducateur est alors confronté à la **coordination et à la croisée des différentes visions de nos usagers parcellant encore ce qu'il est.**

**Nous sommes dans une ère du temps maîtrisé et du contrôle (cadres, référentiels, directives).**

Les sujets fragiles sont traversés par cela.

**Mais pour grandir il faut un lieu, un espace de vie « être en présence »** comme l'annonce Jean Oury qui ne génère pas un enfermement ou des multitudes de coins pensés pour l'Autre souvent laissé en friche par ce dernier car ils ne correspondent pas à ses attentes, où on doit choisir entre prendre soin et insertion.

On borde, on « emploie du temps » au lieu de se laisser aller à la rencontre dans ce « prendre soin », ce tricotage relationnel si cher à Joseph Rouzel.

**L'action éducative**, le geste professionnel va être d'essayer de discriminer ce qui se joue à cet endroit précis de la situation, du processus et de la relation. **L'action sera apparentée à la notion de « normalité acceptable ».**

**Or pour que le soin et l'insertion se rejoignent il leur faut un lieu qui prenne sens dans l'accompagnement et le projet :** les dispositifs polyvalents en font partie.

**Les dispositifs polyvalents :** « la ressource »

Ce lieu est proposé tant pour un atelier à visées thérapeutiques, socialisatrices que pour un accueil d'un jeune en difficultés temporaires ou en rupture.

**Il s'agit d'un lieu** où la personne peut choisir en toute liberté et autonomie ce qu'elle veut faire, circuler ou se poser, « utiliser l'adulte ou s'en dispenser ». (François Hébert : Les chemins de l'éducatif). Les dispositifs que je propose, nécessitent des points d'appuis ou médiateurs pour que les participants puissent être rassurés, que leurs émotions et leur vie imaginaire soient contenues.

On est centré sur la façon dont chaque usager va se situer par rapport à l'Autre et comment ils vont interagir. On peut être seul ou avec l'autre.

**Les dispositifs font partis des outils interactifs permettant à la personne de développer ses capacités de projet.** De façon plus générale ce qu'on appelle « **les compétences sociales** » permettant dès lors une intégration au plus près de ses besoins.

**On dispose dans ces lieux :** d'objets, de jeux, de livres, de la peinture, de la laine, de multiples récupérations dans une mise en scène que l'adulte a soigneusement agencée.

L'aménagement du temps et de l'espace constitue le premier cadre étayant auquel ses jeunes aux besoins particuliers vont venir individuellement se confronter

**On présente des ateliers de création à médiation et des ateliers d'expressions dirigées ou libres.**

**Ces dispositifs** proposent des objectifs et des finalités liés aux médiateurs choisis et aux compétences que l'on va mettre en avant.

Ils comprennent tous un début et une fin, un temps donné et se déroulent dans un espace aménagé pour lui par l'adulte. Ce qui dégage l'utilisateur de toute lourdeur temporelle.

**Dans ces dispositifs le groupe devient alors lieu d'action sur la personnalité, un lieu de socialisation, de réalisation, d'expression, de rencontre, d'identification et d'intégration : un groupe de vie**

Mais le groupe par dispositif polyvalent ne doit pas être une fin en soi :

*« il est tour à tour (parfois en même temps) un mode de fonctionnement, un élément éducatif (groupe d'atelier), un outil de médiation (l'accueil), un tiers possible (activités liées au quotidien) une réalité sociale... » (Jean Michel Baude)*

Dans ce contexte peuvent cohabiter nos populations plurielles en fonction de leurs caractéristiques et leurs besoins.

En effet dans ce contexte les deux injonctions, le soin et l'insertion, se lient et tissent le projet d'accompagnement.

**Le lieu d'accueil par dispositif polyvalent est ici situé dans le champ des premiers apprentissages, de l'identité primaire vers une identité secondaire.**

Il est considéré comme outil éducatif au même titre que les médiations et devient une prestation.

D'une identité primaire.....

1. **Accéder à la parole de l'autre**, ce qui est le minimum nécessaire à tout acte d'apprentissage réel (hors conditionnement). Donc pour qu'un acte éducatif soit possible il faut qu'il soit précédé par l'acceptation ou la perception de l'existence de l'autre. **Or pour certains, ils sont en deçà de cette perception et relève donc de l'ordre du soin strict. Ce qui nous demande une adaptation à nos dispositifs pour accueillir ses enfants et un travail partenarial étroit avec le service de soin pédopsychiatrie du secteur.**
2. **Le lien social** comme contenant pour développer l'identité de la personne. **Ses enfants expriment violemment un déséquilibre interne, des ressentis de tension interne.**
3. **La fonction « maternante »** premier élément organisateur. En effet elle assure une unité sensorielle de la personne et pose les deux fonctions de base du contenant : **introduire du sens, mettre de l'ordre**
4. **le sentiment d'intégrité** comme deuxième élément organisateur. **Pour lequel la perception de l'enveloppe corporelle (la peau) est sans doute le facteur originaire** (cf. Anzieu)

...Vers une identité secondaire....

#### **Amener par la suite ses enfants vers un élargissement de leur environnement :**

- introduction des fonctions paternelles :

Assure le guidage de l'enfant vers une réalité d'appartenance et d'inscription qui se manifeste sur trois niveaux :

- sa réalité d'individu sexué
- sa réalité familiale et culturelle
- son appartenance sociale à un groupe

**Pour que le soin et l'insertion coexistent on voit bien apparaître la nécessité d'élaborer des stratégies dans l'accompagnement :**

1. **stratégies dans la méthodologie d'accueil par dispositif polyvalent permettant à chacun de pouvoir « aller à son rythme, son temps, » tel que la loi de 2002-2 le prévoit dans son fondement premier.**
2. **Stratégies dans les méthodes d'observations des compétences sociales : mise en place des grilles de ROCS (référentiel d'observation des compétences sociales)**
3. **Stratégies dans l'élaboration d'un programme singularisé plus que personnalisé mettant en œuvre le partenariat des institutions.**
4. **Mettre des ponts, construire des terrains communs où « la rencontre soit apaisée et la circulation des échanges restaurée »**

*François Hébert : les chemins de l'éducatif.*

**Un des défis des institutions est bien dans cette dynamique et le maintien de ces espaces de rencontres.**



**BRUMAUD Florence** (Doctorante), EDSP2, Ecole Doctorale Sociétés, Politique, Santé Publique  
Université Bordeaux, Laboratoire Cultures et Diffusion des Savoirs (CeDS, EA 7440) F-33000  
Bordeaux, France – florence.brumaud1@sfr.fr

## **Lien entre précarité sociale et économique, difficulté scolaire et psychologique, et handicap psychique : les enfants accompagnés par les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) de Gironde**

**Mots-clés :** Partenariats – handicap psychique – ITEP

Cette communication propose d’aborder le thème central du colloque « *L’accompagnement de la personne : quels projets, quels enjeux, quelles formations ?* » par la porte de tensions qui pèsent sur la notion de partenariat. Les enjeux autour de ces questions sont définis par le thème même du colloque – autour d’une problématique générale – celle de difficultés que rencontrent parfois les professionnels pour conjuguer dans leurs pratiques deux exigences : celle de l’expertise relative aux différents métiers, celle de la prise en compte de la personne dans sa singularité. Nous examinons cette notion de partenariat à propos d’un public particulier : celui des jeunes accompagnés par les Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques (ITEP). Il s’agit de mettre à jours les tensions – au-delà des professionnels et des usagers – qui rendent les partenariats parfois si difficiles à mettre en œuvre. Nous identifions trois formes de tensions nous conduisant à poser la question suivante : lorsque ces partenariats sont **nécessaires** sont-ils réellement possibles ?

Notre travail de recherche nous conduit à étudier la construction sociale du handicap psychique. Pour le dire rapidement, notre époque semble considérer que le handicap psychique se situe à « l’intérieur de la tête » des individus ; nous tentons de comprendre comment le handicap psychique est aussi le fruit d’un construit social qui s’impose aux individus sous la forme d’un verdict social (Eribon, 2013). Si nous nous intéressons aux jeunes accompagnés par un ITEP c’est parce que la notion même de handicap psychique y est conflictuelle.

### **Les jeunes handicapés psychiques en ITEP : d’une population sémantiquement stable à une réalité plus hétérogène.**

Il existe un lien étroit entre précarité sociale et familiale, précarité économique, difficulté scolaire, trouble psychologique et handicap psychique. Une première partie de notre travail de recherche nous permet de montrer que la précarité économique n’est pas une caractéristique secondaire des jeunes accompagnés par un ITEP. Aucun des partenaires n’ayant à sa disposition un levier pour agir sur cette forme de précarité, le travail en partenariat est – de fait – difficile.

Cette caractéristique des partenariats apparaît à travers une étude sociologique des jeunes accompagnés par un ITEP<sup>30</sup>. La stabilisation sémantique induite par les décrets de 2005 et entérinée par les usages à l’intérieur des ITEP – on parle dorénavant de *jeunes handicapés psychiques* ou de *jeunes en situation de handicap psychique* – ne résiste pas à l’examen du réel tel que nous l’avons

---

<sup>30</sup> Le cadre de cette publication ne permet pas d’être précise par rapport à la méthodologie développée quant au recueil et au traitement des données des jeunes d’ITEP. Les résultats présentés sont extraits de notre travail de thèse ; soutenue à l’automne 2017 – pour une consultation *a posteriori* de la méthodologie déployée.

rencontré. Les jeunes accompagnés par un ITEP présentent des troubles hétérogènes sous la forme de quatre handicaps distinguables :

➤ **Le handicap psychique.**

Ce type de handicap concerne les jeunes issus de milieux favorisés qui présentent une problématique psychique reconnue au niveau médical (troubles de la personnalité), accompagnée de problèmes de comportements rendant leur scolarisation en milieu ordinaire caduque. En revanche, ils ne présentent pas de difficulté, ni sur le plan social, ni sur le plan familial.

➤ **Le handicap socioculturel.** Peu visibles, ces jeunes sont issus des classes moyenne-populaires, et de familles nombreuses. Aucune difficulté familiale ou sociale, ne restent alors que les problèmes de comportements à l'école pour comprendre l'orientation en ITEP : il s'agit davantage d'un ajustement dissymétrique entre institution scolaire et milieu familial, ce qu'avec Sicot (2005) nous nommons le handicap socioculturel.

➤ **Le handicap familial.** Attachés à aucune classe sociale, le cursus scolaire de ces individus est presque ordinaire (presque, parce que s'ils restent dans des circuits de droit commun, ils préparent le plus souvent un diplôme professionnel, à l'inverse d'une majorité de jeunes français qui préparent un baccalauréat général). Peu visibles, ces jeunes ont des familles fragiles, ils sont orientés en ITEP par divers circuits. Le trouble principal compensé par l'ITEP est de soutenir la scolarité là où la famille présente une forme de vulnérabilité (sans toutefois présenter une difficulté familiale ou sociale explicite).

➤ **Le handicap économique.** Les jeunes concernés par ce handicap, comptabilisent toutes les formes de précarité : précarité économique, précarité sociale, précarité familiale, précarité scolaire. Il convient de penser les liens entre ces différentes formes de précarités comme un système où chaque composante est intriquée aux autres. Il est pourtant correct de parler de handicap économique : les diverses analyses statistiques montrent sans ambiguïté que lorsque le niveau économique des familles augmente alors les précarités ; familiale, sociale et scolaire disparaissent.

L'existence même de ces quatre formes de handicaps nécessite de travailler en partenariats entre les mondes du social, scolaire, médico-social et sanitaire. Pour les 3 premières formes de handicap, on peut facilement penser que les partenariats fonctionnent et peuvent être mis en place de manière satisfaisante. Pour le handicap économique, en revanche, une tension existe : aucun des partenaires en présence ne peut agir sur le niveau économique des familles. Paradoxalement, ces individus, qui cumulent toutes les formes de précarité, ceux pour lesquels le travail en partenariat s'avère **nécessaire** sont également ceux pour lesquels les partenariats sont difficiles à mettre en œuvre.

**Les mondes : social, médico-social, scolaire et sanitaire, entre autonomie et hétéronomie.**

Le champ de l'éducation spécialisée se construit à partir de luttes de pouvoir et d'interdépendances entre les mondes ; social, médico-social, scolaire et sanitaire. Cette construction historique aboutit en 2017 à des mondes interconnectés qui pour autant n'ont pas les mêmes capacités d'autonomie dans le champ de l'éducation spécialisée : au-delà des individus qui incarnent le travail de partenariat (les professionnels), la capacité d'autonomie de chaque monde pèse sur les partenariats potentiels.

De façon tout à fait schématique :

→ Au sortir de la seconde guerre mondiale, le tissu associatif bordelais se construit dans un mouvement nécessaire entre pouvoirs publics, institutions, et outils de la psychologie. Cet édifice s'érige en présence de 3 parties : l'état (qui légifère) les associations (qui renouvellent

les modes de prises en charge) et les outils de la psychologie (qui se développent dans et grâce aux institutions).

- Cette construction suit le contexte économique français : économie en ruine au sortir de la guerre mais politique volontariste notamment autour du texte « les jours heureux » écrit par le conseil national de la résistance ; entrée dans une période qu'il est commun d'appeler « les trente glorieuses », les institutions se développent formidablement dans et grâce à un contexte économique favorable ; le premier choc pétrolier de 73 fait entrer la France dans une première vague de récession économique. Les premières lois en faveur des personnes handicapées datent de 75 et font leur entrée dans une période de crise qui ne cessera de s'aggraver depuis lors. Les lois sur la décentralisation des années 80 instaurent une séparation entre les financements et les modes de prises en charge. Le handicap reste du domaine de l'état (médico-social) alors que le social est organisé et financé par le département. Pour le médico-social on passe d'une logique de réparation (sortir de la guerre) à une logique de contrôle des publics, à une logique de contrôle des finances, dans un contexte économique toujours plus défavorable. Le sanitaire et le scolaire sont davantage autonomes ; pas d'obligation de dossier contrôlé par un organisme externe ; financements qui ne dépendent pas (directement) d'un taux d'occupation.
- Malgré des modes d'accompagnements et de financements tout à fait disjoints (à l'école, à l'ITEP, au foyer, à l'hôpital), il est pourtant permis de penser que les publics traversent les institutions rendant le travail en partenariat tout à fait nécessaire.
- De cette nécessité naît la complexité (rivalités) : qui fait quoi ? Qui paie ? (En période de récession économique, chaque monde ne dépend pas des mêmes financements pour la sauvegarde de son institution ou service). D'un point de vue institutionnel, politique, chacun des partenaires n'occupant pas la même place dans le champ de l'éducation spécialisée, la question du pouvoir des uns sur les autres se pose même si elle n'est jamais énoncée comme telle, elle pèse assurément sur la notion de partenariat.

### **L'individu porteur et responsable de ses troubles.**

La notion d'individu est au cœur du principe de compensation : l'état se doit de compenser tous les handicaps sur la base d'un projet de vie élaboré par l'individu, ou pour le cas d'un enfant, par son représentant légal (Grevin, 2010). S'ouvre alors une question : d'un point de vue éthique, les dédales des partenariats n'ont-ils pas pour conséquence d'abandonner l'individu à sa propre responsabilité ? Exemplifions cette question.

Kévin est un adolescent de 14 ans accompagné par un ITEP depuis l'âge de 2 ans. Il présente des troubles graves de la personnalité reconnus à un niveau médical, il prend un traitement médicamenteux depuis quelques années. Ses parents sont sous tutelle et vivent exclusivement de l'aide des minimas sociaux. En outre, Kévin bénéficie d'une mesure d'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO) justice. Le profil social de Kévin nécessite un travail de grande proximité entre les mondes du scolaire, social, médico-social et sanitaire ainsi qu'avec sa famille. Juste avant son passage dans un ITEP adolescent, à l'occasion de son entrée en 6° (à l'aide d'une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)), l'état de Kévin se dégrade massivement rendant sa scolarisation et sa socialisation (au sein même de l'ITEP) difficiles. La situation de Kévin est un exemple de partenariat

nécessaire : nous sommes en présence de ce que nous nommons des partenaires de bonne volonté<sup>31</sup> :

- l'école qui a intégré Kévin jusqu'en 6°, jusqu'à l'aggravation massive de ses troubles et retour à une scolarisation en interne à l'ITEP ;
- Le service d'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO) qui suit la famille et qui travaille activement autour de cette situation, arrivé récemment ce service peine à trouver des solutions réalistes et réalisables ;
- l'ITEP qui tente de coordonner un projet de soin tout en proposant à Kévin de garder un lien au mieux apaisant ;
- Malgré une procédure d'admission, l'hôpital de jour n'a pas donné suite à la demande de prise en charge partagée, Kévin et ses parents s'y opposant ;
- l'hôpital psychiatrique pour adolescent qui a procédé à l'examen du dossier de Kévin ;
- les parents de Kévin qui tentent tant bien que mal de faire face à la situation

Puisqu'il est seul responsable et porteur de ses troubles, l'individu en situation de handicap psychique (dans notre cas Kévin et sa famille) est à la fois en grande difficulté et pourtant seul à pouvoir se prononcer sur ces choix de vie. Ce qui est parfaitement légitime dans la majorité des situations pose des problèmes pour les individus dont la famille présente plusieurs formes de précarité comme c'est le cas pour Kévin. Finalement ceux pour lesquels ces partenariats s'avèrent **nécessaires**. Mais la famille de Kévin a le droit de refuser le placement social, de refuser l'hôpital de jour et ce n'est que devant l'aggravation de l'état de Kévin qu'elle a accepté de demander l'hospitalisation pour Kévin. Pour Kévin nous ne sommes pas en présence de parents qui ne veulent pas d'aide ou qui combattent les institutions qui les accompagnent, nous ne sommes pas non plus face à des rivalités aigues entre partenaires.

Pourtant force est de constater que ce partenariat – malgré **la bonne volonté de chacun** – ne fonctionne pas, en tout cas pas dans le sens d'une solution au mieux apaisante (impossible de parler de solution au mieux soignante pour l'instant) pour Kévin dont l'état se dégrade de jour en jour. Nous émettons l'hypothèse qu'un paradoxe pèse sur ce partenariat. Après plus d'un siècle de développement de la psychologie et les nombreux bouleversements des modèles familiaux, chaque parent serait censé savoir ce qui est bon pour son enfant. Le postulat de la réglementation de 2005 repose sur cette idée, selon nous erronée, que les capacités des parents à faire des choix pour leurs enfants sont indépendants des conditions de vie dans lesquelles les familles se trouvent.

## Conclusion

Au-delà de la question de l'autonomie et de l'hétéronomie de chacun des partenaires ; du levier sur la précarité économique qu'aucun des partenaires ne peut mobiliser ; à un niveau éthique chaque partenaire fait au mieux depuis son champ de compétence, travaille en interrelation ; mais abandonne – de fait – l'individu (et sa famille dans le cas d'un enfant) à sa propre responsabilité.

---

<sup>31</sup> Nous ne nions pas d'un point de vue plus psychologique l'existence de partenariats difficiles lorsqu'une forme de déliaison présente dans l'environnement social et familial se propage aux différents professionnels en charge d'accompagner la famille donnant lieu parfois à des rivalités féroces entre les services. Nous avons cependant écarté cette difficulté, parce qu'en fond, elle ne nous semble pas insurmontable après un travail de prise de conscience, contrairement aux tensions exposées dans cet article, qui nous semble plus fondamentales.

Notre question revient alors : lorsque ces partenariats sont **nécessaires** sont-ils réellement possibles ?

### **Bibliographie indicative**

BOURDIEU P. (1997) *Les usages sociaux de la science, pour une sociologie clinique du champ scientifique*, Ed INRA, Sciences en questions, 79 p.

ERIBON D. (2013), *La société comme verdict*, Ed Fayard à venir, 276p.

GREVIN A., (2010) « Procédures et législation face au handicap », *Journal des Anthropologues*, n° 122-123, p. 229-252.

SICOT F., (2005) « Intégration scolaire : le handicap socioculturel a-t-il disparu ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp. 273-283.

## **Conduite sociale accompagnée**

**Mots clés :** Révolution française - Comité de Mendicité - notion d'habitat et d'habiter - établissement spécialisé

Il nous paraît que la notion d'accompagnement, à nouveau mise à l'honneur dans le secteur médico-social, peut-être replacée dans une perspective plus large et plus ancienne, celle qui a présidé à l'institutionnalisation du suivi des populations relevant de l'assistance et des secours publics. Cette démarche prend place dès les premières années de la Révolution française. Elle vise, dans un premier temps, à différencier les diverses personnes vivant plus ou moins groupées dans les Hôpitaux généraux et dispensaires municipaux. De fait, une population hétérogène y coexiste : fille-mère, vieillard invalide, infirme, insensé, jeunes errants, mendiants, que les Rapports du comité de Mendicité vont s'efforcer de bien distinguer, dans un premier temps.

Dans un second temps, il s'agit de leur attribuer des dispositifs de prise en charge spécifiques, et l'on voit ainsi apparaître la matrice même du travail social actuel. Aux filles-mères, on propose des petits ateliers pour contribuer aux soins qu'on leur procure ainsi qu'à leur enfant, on propose également un travail « contributif » aux insensés, idiots, arrières en capacité de participer à une production matérielle, on commence à organiser des secours à domicile pour les vieillards indigents....

L'accompagnement a une double fonction : restituer aux nécessiteux un statut de citoyen, les faire bénéficier d'une certaine prise en charge (aveugles, sourds, par exemple) et individualiser le contrôle social, lequel sera impitoyable avec les mendiants et plus encore avec les vagabonds.

Le 19<sup>e</sup> va amplifier ce suivi et cet accompagnement pour des raisons liées à plusieurs facteurs conjoints : une émergence de la médicalisation, en tant que discipline mais aussi instance normative des mœurs, via la question de l'épidémie et de la contagion. Les premières visites à domicile ont aussi cette fonction : s'assurer de la salubrité du foyer mais aussi de la moralité de ses mœurs. En second, les mouvements associatifs et syndicaux d'entraide, l'apparition des premières visiteuses à domicile, luttant contre les conséquences de la pauvreté, vont faire que l'accompagnement individuel de la personne concerne son domicile et son mode de vie. Les années trente du vingtième siècle voient la synthèse de ces courants dans la naissance du statut d'assistante sociale et, plus tard, dans la mise en place de structures sociales de type CCAS visant à recenser au plus près les besoins des populations vulnérables et leur proposer des interventions individualisées.

De façon plus générale, nous souhaitons attirer l'attention sur les valeurs légitimant ces formes d'accompagnement. Elles vont de la charité, à la notion de justice, de solidarité, de rectification des erreurs de la Nature. Ces valeurs refont leur apparition en 2008 et 2014, dans les différentes recommandations officielles, à la suite de la loi du 2-2002, quant à la bientraitance ou la prévention de la maltraitance dans l'accompagnement des personnes.

Au delà donc, des références collectives plus ou moins convenues, se repose la question du pour quoi, au nom de quoi accompagner l'autre. Les textes officiels « tentent » le *care* et la sollicitude, la fonction d'une institution spécialisée « suffisamment bonne », en référence à Winnicott, c'est à dire protectrice mais laissant au sujet un espace d'autonomie, des références encore à la reconnaissance de l'autre dans sa singularité, et, à nouveau, le retour à une certaine citoyenneté.

Nous ne rions pas de ces tentatives maladroites du législateur de trouver un « fondement » culturel à cette attention à l'autre, lequel est un « bon sujet » lorsqu'il promet des progrès dans sa conduite ou une possible contribution à la production collective, sous diverses formes. Mais lorsque cet accompagnement s'adresse à des sujets pratiquement dépourvus de langage, de projet, de possible contribution à la collectivité, comme dans le cas du polyhandicap, par exemple, nous sommes bien en droit de poser que la notion d'accompagnement recouvre celle de lien social, dans sa manifestation la plus essentielle.

On peut trouver une autre illustration de cette question dans la tentative de Deligny dans les Cévennes, à partir de la fin des années soixante du siècle. Vivre avec des petits groupes d'enfants autistes ou « arriérés » comme on disait encore, sans vouloir les soigner mais leur donner la possibilité de vivre « à l'infinif ».

Au final, nous dirons que la notion d'accompagnement, lorsqu'elle se présente à l'intérieur de dispositifs négociés, administrés, subventionnés entre les différents partenaires, trouvera souvent une réponse professionnelle plus ou moins vertueuse. Reste qu'on doit rappeler qu'elle est ambivalente, à la fois du côté de l'épanouissement individualisé du sujet dépendant, au nom de la citoyenneté ou du souci de l'autre, notre responsabilité d'humain, mais qu'elle peut être aussi un instrument de contrôle et de coercition.

## **L'habitat partagé et accompagné, une alternative entre le domicile et la maison de retraite**

### **Habitats des Possibles**

**Mots- clés :** centrage sur les capacités, habitat alternatif, quête de sens, médiateur

#### **Introduction**

Parler de l'habitat des plus âgés conduit inmanquablement à évoquer les heurts vécus lors d'un déménagement pour une personne âgée et ses proches.

Or que produit le heurt ? S'il est d'une intensité supportable il peut produire de la dynamique. Mais si l'intensité du heurt est trop importante, si le heurt est peu ou mal accompagné, il produit de la désintégration, autrement dit chez une personne: des sentiments d'angoisse, de repli, de refus, de rejet. Cette désintégration dans le cœur d'une personne, fragile qui plus est, et ces réactions, produisent évidemment en cascade des souffrances et du mal être chez tout l'entourage, qui coûtent en dynamisme et en richesses à notre société, sans parler des coûts économiques pour les finances publiques. Il s'agit ici d'enfoncer une porte ouverte, mais cet appel à une société de la douceur a encore de beaux jours devant lui.

Pourquoi ce préliminaire ? Simplement pour faire le lien avec l'objet de la proposition d'échange portée aujourd'hui par Habitats des Possibles, dont le projet d'expérimentation d'habitat partagé pour retraités est à contre courant de la culture majoritaire de nos établissements.

Voici le déroulé que je me propose de suivre :

- A. En premier lieu : d'où part « Habitats des Possibles », et pour aller vers quoi ?
- B. Ensuite, je préciserai quels heurts nous souhaitons éviter ou canaliser dans ces habitats, et quelle inversion d'approche nous nous proposons d'expérimenter en ce sens.
- C. Enfin je présenterai l'état de nos réflexions sur ce que cette approche inversée nous semble appeler comme évolutions dans les métiers d'accompagnement.

#### **A. Constats d'origine**

A l'origine d'Habitats des Possibles, 9 citoyens (professionnels compétents aussi, mais citoyens en premier lieu) perplexes devant le trop grand nombre de heurts trop intenses vécus par trop de personnes âgées.

De quels besoins sommes nous partis ?



D'abord, en surface, de ce qui saute aux yeux de tous, les **innombrables problèmes d'habitat rencontrés par les personnes âgées et/ou leurs familles** : maisons inadaptées au vieillissement, problèmes d'isolement, trop petit nombre de possibilités d'habitat alternatif, aussi bien sur le plan quantitatif (le nombre de places) que qualitatif.

Par manque de possibilités qualitatives, nous n'entendons pas remettre en question l'extrême nécessité de l'offre de services des EHPAD, mais simplement pointer un éventail de choix trop restreint.

En effet, nous avons, au cours de nos recherches d'alternatives, constaté qu'en dehors des établissements bien connus, il reste beaucoup de personnes se situant dans des « entre deux » :

- **Entre deux tranches de revenus** : entendons par là des revenus modestes, mais pas assez modestes pour accéder aux places habilitées à l'aide sociale des EHPAD ou résidences autonomes (et évidemment pas en capacité d'accéder aux Résidences Services Seniors)
- **Entre deux niveaux de dépendance** (dont la dépendance légère, qui empêche de vivre dans un domicile entièrement indépendant, sans toutefois faire relever la personne du secteur médico social) :
- Entre deux types d'aspiration (pas la vie en solitaire, mais pas non plus un grand ensemble)  
Est souvent mentionné le besoin de petits habitats à taille humaine ressemblant à s'y méprendre au domicile.

Voilà pour les constats de surface. Plus en profondeur, ce qui a motivé les membres du conseil d'administration, c'est la **quête de sens** qui traverse chacun à plusieurs moments de sa vie. Nous aurions voulu pour nos parents ou grands parents et nous souhaitons pour nous-mêmes un habitat qui tienne compte des questions existentielles qui habitent chacun et résonnent avec puissance dans la bouche d'un ancien : suis-je utile à d'autres ? Est-ce que je compte pour quelqu'un ? Quelle est ma place ? Est-ce que je suis digne d'être aimé ? Comment faire la paix ?

Il s'agit de refuser ce qu'il est insupportable d'entendre chez des personnes âgées, à savoir se sentir inutiles et n'aspirer qu'à se retirer (à mourir) parce qu'elles ne se sentent plus reliées à d'autres, pour citer bien sûr Edgar Morin. C'est un sentiment que personne n'a pour projet de ressentir à la fin de sa vie.

## **B. Projet d'expérimentation**

Nous avons constaté que **l'organisation d'un habitat conditionne en partie l'idée que nous allons nous faire de notre propre valeur**.

Ainsi en France, les personnes âgées font l'objet de mesures d'aide et d'accompagnement pensées par les professionnels en compensation de leurs incapacités. Et quand une personne constate une ou plusieurs incapacités à vivre seule à domicile, elle se voit proposer une solution de vie en collectivité, majoritairement l'EHPAD. **Mais en institution, l'organisation pallie toutes les incapacités réelles et potentielles dans le même temps** : ainsi toutes les tâches de la vie quotidienne deviennent réalisées par des professionnels (repas, ménage,

linge, toilette, jardin...). Le besoin de soutien était partiel (sur l'incapacité qui me conduit à quitter mon domicile)...le soutien sera total. Cela revient involontairement à renvoyer aux personnes un message définitif et démobilisateur : « est désormais venu dans votre vie le temps de la « prise en charge » ». Un raccourci se produit par ricochet dans la perception de l'avancée en âge : à partir d'un certain âge, si on n'est plus capable de vivre seul, alors... c'est qu'on n'a plus de capacités utiles.

Or, la forte réticence des personnes âgées à l'idée d'entrer en institution met en lumière une revendication à l'opposé de cette approche globale. Elle pointe que **l'apparition d'une incapacité** (se lever sans aide extérieure, par exemple, ou porter des objets lourds), qui peut conduire à devoir quitter son domicile, **n'empêche pas le maintien de toutes les autres capacités plus ou moins intactes.**

Or c'est la prise en considération de ces capacités qui permet à chaque personne (âgée ou pas) de porter un regard positif sur elle-même et l'encourage à entretenir ses capacités. C'est aussi cette prise en considération des capacités maintenues qui fondent l'estime de soi, tout à fait centrale dans le célèbre « bien vieillir ».

C'est la prise en considération de ses capacités qui permet à chaque personne (âgée ou pas) de se sentir solide, et de résister aux heurts suivants :

- Heurts de l'injonction à la santé (pour ne pas franchir la barre fatidique du GIR 4)
- Heurts de l'injonction à la sociabilité (qui suppose que chacun est naturellement extraverti, alors que la capacité à créer des liens authentiques n'est **pas** également partagée)

Comment, dès lors, permettre aux personnes âgées qui doivent renoncer à leur vie indépendante à domicile de ne pas avoir à renoncer dans le même temps à l'exercice de l'ensemble de leurs capacités ?

La proposition d'alternative que développe Habitats des Possibles consiste à proposer des **domiciles partagés de 5-10 personnes retraitées** c'est-à-dire que chacun vient avec son mobilier, ses animaux, mais aussi son réseau d'aide (infirmière, aide à domicile, fils et belle fille, etc.). Il a ses pièces privatives, mais aussi les pièces qu'on dit communes : cuisine, salon, salle à manger, jardin. Qu'est-ce qui s'ajoute au domicile privatif ? Mes incapacités sont compensées par les autres, et je compense celles des autres.

Dans le projet social, il est posé que chaque habitant :

- est d'abord celui qui apporte ce qu'il sait faire ou encore faire
- a l'obligation de contribuer aux tâches clés de la vie quotidienne des pièces communes (courses, préparation des repas, ménage, jardinage, etc.)
- sera soutenu uniquement dans ce qu'il ne peut plus faire, et dans les aléas ponctuels.
- connaît ses tâches qui sont réparties de façon routinière, même si la routine est régulièrement révisée.

Bénéfice principal : reconnaissance de son rôle social, et donc estime de soi, entretien de ses capacités

Bénéfice secondaire mais crucial : coûts de prestataires évités (une part de la prestation hébergement d'un EHPAD).

Bénéfice final : je retarde l'entrée en institution ou je l'évite.

## C. Rôle des professionnels dans ces habitats qu'on dit « partagés et accompagnés »

Qui sont-ils ?

Il y a d'abord les mêmes qui intervenaient en domiciles individuels, qui visitent les personnes dans leurs appartements respectifs. Eux constatent peu de changement dans leur travail, si ce n'est qu'ils auront peut-être un peu moins de trajets, et des tâches en moins : Mme Dupont ne mangeait pas ? C'est la présence des autres qui va la dynamiser. M. Bernard ne faisait pas le ménage ? il ne le fait pas plus dans son appartement mais dans les pièces communes c'est d'autres qui le font (en échange il fait le potager). Ils bénéficient parfois de plus de temps pour faire les choses au rythme nécessaire.

Un rôle nouveau s'ajoute dans ce type d'habitat.

En effet un partage routinier de tâches entre plusieurs personnes adultes et donc une vie en semi collectivité engendrent des situations de désaccord, de confrontation de différentes manières de faire dans les petites tâches de la vie quotidienne comme on peut le vivre en couple ou en famille. Pour limiter le risque de dérapage de ces désaccords en conflits, sont mis sur pied plusieurs filets de sécurité:

1. L'organisation d'un système de partage qui soit équitable, sur le modèle des projets collaboratifs d'autres secteurs : crèche parentale, supermarché coopératif. Il inclut un règlement intérieur qui est une adaptation par les habitants de la charte signée à l'entrée, une précision sur ce que l'on met derrière chaque tâche à caler entre habitants,
2. un système de suppléants en cas d'absence et de dégradation de la santé
3. enfin pour mettre de l'huile dans les rouages, une fonction salariée ayant pour mission d'apporter les clés de dépassement des désaccords, de faciliter l'intermédiation entre les habitants et tous ceux qui vont graviter autour de la maison partagée.

Cela revient à mettre en débat nos questionnements sur les métiers de l'accompagnement. Notre expérimentation nous semble inviter à plusieurs mutations.

D'abord peut-être à une mutation de la notion d'expertise pour les professionnels de la vieillesse. Que doit être l'expertise ? Dans notre projet social, en tout cas il est posé que les **professionnels spécialisés se situent à la marge de la vie quotidienne des personnes âgées qu'ils accompagnent, uniquement là où des incapacités se sont fait jour.**

A contrario d'un établissement où ils sont au centre d'un ensemble de prestations qu'ils émettent, nos professionnels devront poursuivre l'obligation de se couler dans la vie quotidienne des personnes. Nous disons souvent « **l'art d'un couturier se mesure à l'invisibilité de la couture** ».

Notre projet amènera peut-être aussi à bousculer des matrices de formation, de quelles formations d'ailleurs ?

En repartant des besoins, les acteurs des habitats partagés et accompagnés se retrouvent à dessiner les contours d'un métier qui n'existe pas vraiment, et qui pourtant nécessite une formation humaine extrêmement pointue.

Voyons plutôt ces missions :

Réguler les tensions quotidiennes sans pour autant devenir le recours unique, Fluidifier la répartition des tâches et initier la mise à jour du règlement intérieur sans jamais tomber dans l'institutionnalisation, et devenir le maître.sse de maison ou le.la gouvernant.e.

Fluidifier les interactions avec l'ensemble des personnes et structures qui gravitent autour de la maison.

Enfin sans doute être dans une écoute bienveillante des émotions qui ne peuvent pas être dites aux cohabitants ou aux proches, et qui sont pourtant le conditionnement de nos comportements ... sans se substituer à la fonction de psychologue.

Ce salarié doit aussi savoir aller chercher le bon intervenant associatif qui va décoincer une réticence, et faire un début d'ingénierie de projet quand 4 personnes décident une sortie ensemble. Une sorte de joker, de bonne carte qu'on sort quand un collectif de personnes capables mais pas capables de tout, arrive à ses limites. Sans que ce professionnel devienne tout, recrée des rapports parents-enfants. Certaines expérimentations ont échoué parce que les salariés ont recréé l'institution dans des domiciles partagés.

Enfin, il restera indispensable que ce salarié bénéficie lui-même de modalités d'accompagnement adaptées, ces personnes se situant émotionnellement au carrefour de vécus très intenses et potentiellement défouloir.

## Conclusion

En conclusion nous rappellerons les trois éléments qui motivent l'ensemble des fondateurs d'habitats partagés et accompagnés :

- 1- les contraintes institutionnelles sont parfois posées dans des situations qui pourraient s'en passer (les situations « d'entre deux »), d'où la nécessité de **compléter le maillage de nos territoires par des solutions d'habitat intermédiaires.**
- 2- personne n'apprécie d'être considéré par le prisme de ce qui lui fait défaut, par ses limites, et valoriser les capacités est une question de valeurs ... à mettre en actes. Ainsi doit-on **cesser de différencier de façon binaire les personnes autonomes des personnes dépendantes.**
- 3- Enfin le travail d'un accompagnant d'habitat partagé revient à un travail d'équilibriste : pour que ces personnes joker ne deviennent pas non plus les cartes maîtresses.

**DO Marine:** Cadre formatrice en IFSI, Docteur en Sciences de l'Éducation, Unité Mixte de Recherche Education, Formation, Travail, Savoirs Université de Toulouse Jean-Jaurès

**Saint-Jean Michèle:** Maître de Conférences en Sciences de l'Éducation, Unité Mixte de Recherche Education, Formation, Travail, Savoirs, Université Toulouse Jean Jaurès.

## **Les représentations professionnelles de l'accompagnement chez les soignants :**

### **Des points de vue aux recommandations pour la formation**

**Mots-clés :** Accompagnement – professionnel de santé – changement – dimension relationnelle

#### **Introduction**

La question de l'accompagnement est devenue centrale dans notre société. Comme le souligne Le Bouëdec (2002), plusieurs intégrateurs sociaux se sont affaiblis (famille, école, travail), rendant quasi incontournable le besoin d'être accompagné. Dans le monde du soin, ce phénomène s'est amplifié depuis avec l'accroissement de situations de grande vulnérabilité lié aux pathologies chroniques et au grand âge rendant la démarche d'accompagnement consubstantielle à l'identité du soin infirmier (Collière, 2001; Hesbeen, 1997 ; Fontaine, 2009). Même si nous notons que cette relation d'accompagnement n'est pas l'apanage d'une seule profession et qu'elle s'inscrit plus fréquemment dans l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité. Nous avons pu relever l'usage du concept d'accompagnement par rapport à des pratiques de soin inscrites davantage dans une démarche de relation d'aide décrite dans l'extrait suivant : « véritable savoir de l'accompagnement, la relation d'aide en soins infirmiers est une relation réfléchie et professionnelle » (Daydé Lacroix, Pascal et Salabaras Clergues, 2007, p. 39). Ainsi, la volonté de venir en aide, de sortir le patient d'une situation délicate est souvent au cœur de l'engagement des soignants dans la relation de soin. Ils ont en eux le souhait de « sauver des vies », ce qui peut renforcer une position de supériorité et nous interroger sur ce qu'ils appellent de l'accompagnement. Cette asymétrie dans la relation, étudiée par Ricœur (1990), ouvre à tous les excès du « pouvoir sur ». Si les soignants savent qu'il est important de connaître l'environnement social, professionnel, familial et affectif de la personne soignée, ces éléments sont le plus souvent pris en compte pour leur seul lien avec la maladie. Cela peut amener les soignants à passer à côté de ce qui fait l'essence d'une personne et conduire à une certaine souffrance de cette dernière, induite par un sentiment de disparition de soi-même.

Devant le risque de routinisation de l'acte de soin d'aide, l'écoute de la personne, son accompagnement apportent la réponse qui nous semble la plus adaptée : il ne s'agit pas tant de faire quelque chose pour la personne que d'être présent, pas tant de dire que d'être à l'écoute, non pas d'agir « pour » mais d'agir « avec » la personne. Comme le souligne Lardic (2015), la relation de soin vise à « ressaisir tout l'homme dans la concrétude de sa vie qui comporte des aspects biologiques, psychologiques, socio-culturels intimement liés faisant tous ensemble le cadre où sa conscience et sa liberté prennent sens » (p.15). L'exigence de l'autonomie de décision du patient peut être mise à l'épreuve dans les pratiques du soin et renvoie à deux visions différentes de l'autonomie : soit celle

d'un individu autonome comme « sujet moral maître de son destin et soumis à la seule loi qu'il se donne » (ibid., p. 7) qui renvoie à une forme d'émancipation ou alors celle de la personne « capable physiquement de se mouvoir seule et de subvenir à ses besoins dans le cadre de sa vie sociale » (ibid.) qui renvoie à l'autonomie biologique. Le besoin de suppléance prend alors racine dans cette dépendance physique liée à la perte d'autonomie. Face à un patient passif, le soignant peut aussi avoir des difficultés à « rencontrer » la personne et à respecter sa liberté de choix. Plus le patient va assumer son principe d'autonomie de pensée et plus il limitera aussi la bienfaisance du soignant (Taranto, 2015, p. 18). Nous voyons combien la relation de soin accompagnante est complexe et difficile à tenir entre le respect de la dignité humaine selon Kant (1971) qui peut amener à tenir à distance cet « Autre » et la sollicitude selon Ricœur (1990) où trop de présence peut conduire à ne pas laisser suffisamment de place à cet « Autre ». Il convient alors de « travailler » à trouver la juste distance dans cette présence à l'Autre. Partant de ce constat, nous avons cherché à comprendre quel sens les acteurs (professionnels de santé en situation de soins ou d'encadrement) exprimaient pour désigner leurs pratiques d'accompagnement. Nous avançons l'idée d'une posture d'accompagnement (plutôt que d'une pratique) qui s'exprime autant dans une situation de soin que de formation, en mettant en avant l'importance de la relation de rencontre avec l'autre et de la notion de partage.

Nous clarifierons, dans un premier temps, les notions d'aide et d'accompagnement pour mieux comprendre leur champ sémantique et les pratiques professionnelles qui peuvent en découler. Nous pensons que devant les enjeux liés au développement des pratiques de collaboration interprofessionnelle dans la prise en soin, la clarification de la place de la personne soignée dans le processus d'accompagnement est fondamentale. Nous nous appuyons sur les contenus représentationnels de la notion d'accompagnement, recueillis à partir d'une enquête de terrain qualitative, réalisée auprès de professionnels de santé. Nous montrerons les éléments à prendre en compte pour développer chez les futurs professionnels de santé des compétences spécifiques d'accompagnateurs.

### **Relation d'aide versus relation d'accompagnement**

Nous inscrivons notre pensée dans l'idée que l'accompagnement dans le soin relève d'une rencontre et d'une ouverture à l'autre souffrant, à l'autre en demande, « échange de ce pain qu'il voudra bien partager, partiellement et temporairement avec celui qui se risquera à faire un bout de route à ses côtés » (Pandelé, 2008, p. 74). La souffrance, la maladie mais aussi l'apprentissage placent la personne dans un contexte de changements avec les bouleversements qui en résultent. Le Bouèdec (2007) suggère que la généralisation du terme accompagnement est lié au télescopage de plusieurs terminologies : « on tend aujourd'hui à appeler accompagnement ce que naguère on appelait relation d'aide, *conselling*, *coaching*, orientation » (p. 180). Les termes accompagnement et aide sont souvent confondus. Selon le Trésor de la Langue Française, aider se reporte à « l'action de concours que l'on prête à quelqu'un, le soutien moral ou secours matériel que l'on apporte ». Ainsi aider, c'est faire pour quelqu'un quelque chose qu'il ne peut pas faire seul. Les différents dictionnaires en donnent les synonymes suivants : assister, seconder, secourir, soutenir. Cependant, l'expression « relation d'aide » renvoie à une démarche soignante qui s'appuie sur le postulat énoncé par Rogers (1970) selon lequel tout individu est porteur du potentiel suffisant pour trouver sa propre réponse à ses difficultés. Rogers décrit cette relation comme interactive et structurée, permettant à la personne en difficulté d'acquérir une compréhension d'elle-même. Nous voyons ici combien il peut

être ambigu de définir une telle approche à partir de la notion d'aide. Il y a en effet dans cette notion une dissymétrie dans la relation compte tenu que l'aidant se situe dans une position de sachant par rapport à la personne aidée : « il demeure celui qui sait, celui qui possède par rapport à l'aidé qui est dans le manque et qui reste objet de l'aide » (Abels, 1998, p. 25).

L'accompagnement nous paraît, au contraire, porter un sens de partage où chacun est sujet et acteur et non objet de l'autre, chacun partage avec l'autre son propre pain (au sens étymologique du mot « accompagner »). La rencontre de deux personnes pose la question essentielle de la place et de la position de l'un par rapport à l'autre. La relation d'accompagnement nous invite à penser la place de l'accompagnateur et celle de l'accompagné. Ainsi, l'une des difficultés majeures de la relation d'accompagnement réside dans le fait de savoir jouer différents registres, s'adapter à chaque personne et selon les moments, sans que l'on puisse déterminer à l'avance ce qui va convenir. L'accompagnement, vu comme un mouvement de l'un vers l'autre, mais aussi un mouvement sur soi, nous semble intéressant à retenir dans une relation mettant en scène soit un professionnel et un patient soit un expert et un novice. Le Bouëdec (2007) parle de cheminer « au côté de ». Il porte une grande attention à l'épanouissement des individus et privilégie les acquisitions individuelles, en tenant compte de la diversité et du rythme de chacun. Il parle « d'agir accompagnateur ». En reprenant les mots de Abels (1998), nous pouvons dire qu'accompagner, « c'est chercher à rejoindre la personne là où elle se trouve, c'est cheminer vers un objectif commun, mais c'est aussi, pour l'un cheminer vers l'autre et pour l'autre, cheminer vers soi » (p. 40). Nous pouvons voir que l'accompagnement est un processus dynamique autour de l'action d'accueil de l'autre, de son écoute, d'un cheminement « avec ». L'accompagnement introduit ainsi la notion d'altérité : présence à l'autre, dans une démarche continue d'accueil de la singularité et de la réalité propre à chacun (Pandelé, 2008). C'est une disposition d'être à l'Autre dans laquelle l'accompagnateur co-construit avec cet Autre pour lui permettre de faire son chemin (Charlier et Biémar, 2012). C'est aussi une « manière d'exister ensemble [...] dans la communauté d'un sens » (Bastiani, 2014, p. 19). Ce qui consiste à dire que l'accompagnement est une décision éthique dans un savoir-être-là (l'indisponibilité de l'attention humilie l'autre) et accepter l'incertitude d'une pratique, d'une relation en perpétuelle reconstruction (Saint-Jean & Péoc'h, 2014). L'accompagnement serait un renversement de situation qui ne consiste pas à « *mettre la personne au centre d'un dispositif d'accompagnement* » – cela signifierait que le dispositif est créé *a priori* et mettre le sujet au cœur de la prise en charge soignante peut conduire à la dérive du patient devenu "*objet de soins*" – mais à « *être centré sur la personne* » (Saint-Jean, 2002), ce qui implique de s'adapter à chaque rencontre singulière (Saint-Jean & Péoc'h, 2014).

### **Méthodologie d'enquête et données empiriques**

L'objectif de cette recherche est de rendre compte des univers représentationnels de la notion d'accompagnement, recueillis à partir d'une enquête de terrain qualitative, réalisée auprès de professionnels de santé relevant de différents secteurs de soins. Un questionnaire comprenant la seule question ouverte suivante « racontez avec vos mots et votre expérience ce que vous entendez par accompagnement » a été communiqué aux répondants par voie informatique, par mail<sup>32</sup>. Nous avons pu exploiter 66 questionnaires sur 69 avec un échantillon de soignants majoritairement

---

<sup>32</sup> Nous avons communiqué ce questionnaire aux étudiants cadres en formation durant cette année dans un institut de la région Occitanie, et aux infirmiers dont nous avons conservé les adresses mail lorsqu'ils étaient en formation initiale.

féminin (85,5%). La classe d'âge la plus représentée est celle des 36/45 ans. Notre échantillon est hétérogène au regard de la variable « expérience professionnelle » allant de « moins de deux ans d'expérience » à « plus de seize ans ». La profession infirmière est majoritaire (76,80%) avec également 11,60 % de cadres de santé et 11,60% d'autres professions (ergothérapeutes, podologues, formateurs).

Nous avons choisi de traiter les données avec le logiciel IRaMuTeQ® qui a mis en évidence les traces lexicales les plus prégnantes de notre corpus, constitué par le contenu de l'ensemble des réponses à la question ouverte. La classification hiérarchique descendante (CHD) nous a permis d'isoler cinq classes. Elle a dégagé une première partition opposant deux grandes classes, chacune subdivisée en deux ou trois classes terminales. Ces classes sont caractérisées par des prises de positions des individus dans le rapport suivant : expressions diverses de la relation de soutien/ fondement de la relation d'accompagnement. Les positions de la branche « expressions diverses de la relation de soutien », se font au regard des thématiques « cadre curriculaire/contraintes » et « la guidance et la relation d'aide ». Les positions de la branche « fondement de la relation d'accompagnement » se font au regard des thématiques « partage d'un moment » et « dimension professionnelle et condition de l'accompagnement » (Cf. figure 1).

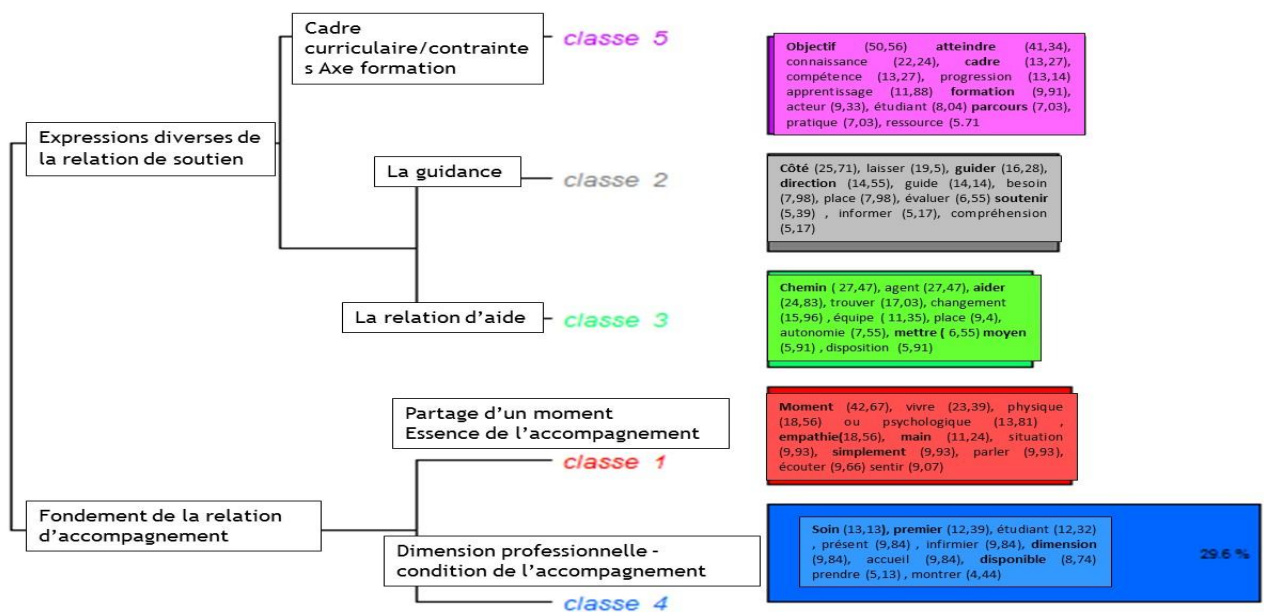


Figure 1: Dendrogramme illustrant les différents contenus représentationnels

L'Analyse Factorielle de Correspondance (AFC) propose une représentation des oppositions entre les classes et situe les tensions de ces classes sur les axes factoriels (cf. figure 2). Elle a permis d'isoler le facteur 1 reprenant 30,14% de l'inertie pour 26,38% d'inertie attribuée au facteur 2. Ce premier facteur 1 organise les points de vue allant des pratiques relationnelles « cadrantes » à « une posture professionnelle d'attention à l'autre ». Cet axe signifie la tension entre « stratégies relationnelles directives cherchant à poser un cadre » et « stratégies relationnelles empathiques cherchant à rencontrer l'Autre ». Le facteur 2 marque la tension entre les pratiques d'accompagnement et les pratiques de relation d'aide, de guide. Cela spécifie des postures différentes dans la relation à la personne qui a un besoin d'être accompagnée. A l'est du facteur 1, on trouve des prises de positions



par rapport aux stratégies mises en place pour aider, soutenir, guider, ce qui renvoie à une posture relationnelle fortement asymétrique où le rapport du « pouvoir sur » est prégnant et ne donne pas la place d'acteur à la personne. A l'ouest, nous avons les individus qui se positionnent dans des stratégies relationnelles d'écoute, de temps donné à l'Autre.

Dans la classe 2, nous voyons se juxtaposer la notion « d'être à côté » (qui laisserait penser à un accompagnement) avec la notion de « guider », « donner une direction », ce qui montre une directivité ; la variable « moins de 2 ans d'expérience professionnelle » a ici un chi 2 significatif. Dans la classe 3, dont le discours est en lien avec la notion d'aide, de suppléance (aider, donner, permettre, adapter), les variables Cadre IDE et expérience 10-15 ans ont des chi2 d'adhésion à la classe significatif. Dans la classe 1, nous avons les individus qui se positionnent de façons différentes dans la pratique, avec des stratégies relationnelles d'écoute, de temps donné à l'Autre dans une notion de disponibilité et d'accueil mais aussi de moment privilégié ; les variables « âge 46\_55 » , « EHPAD » et « plus de 16 ans expérience » ont un chi2 d'appartenance à cette classe de discours significatif, ce qui laisserait penser que la maturité professionnelle et l'exercice auprès d'une population vulnérable, favoriseraient des postures d'accompagnement et d'écoute de la personne. Le discours de la classe 5 est davantage centré sur l'atteinte d'objectif, de cadre d'apprentissage (ce qui peut s'expliquer par le fait que dans les professions représentées, il y ait des formateurs). La variable autre profession a un chi2 d'adhésion à la classe 5 significatif. Le discours de la classe 4 est centré sur l'accompagnement comme dimension du soin, condition de cette posture.

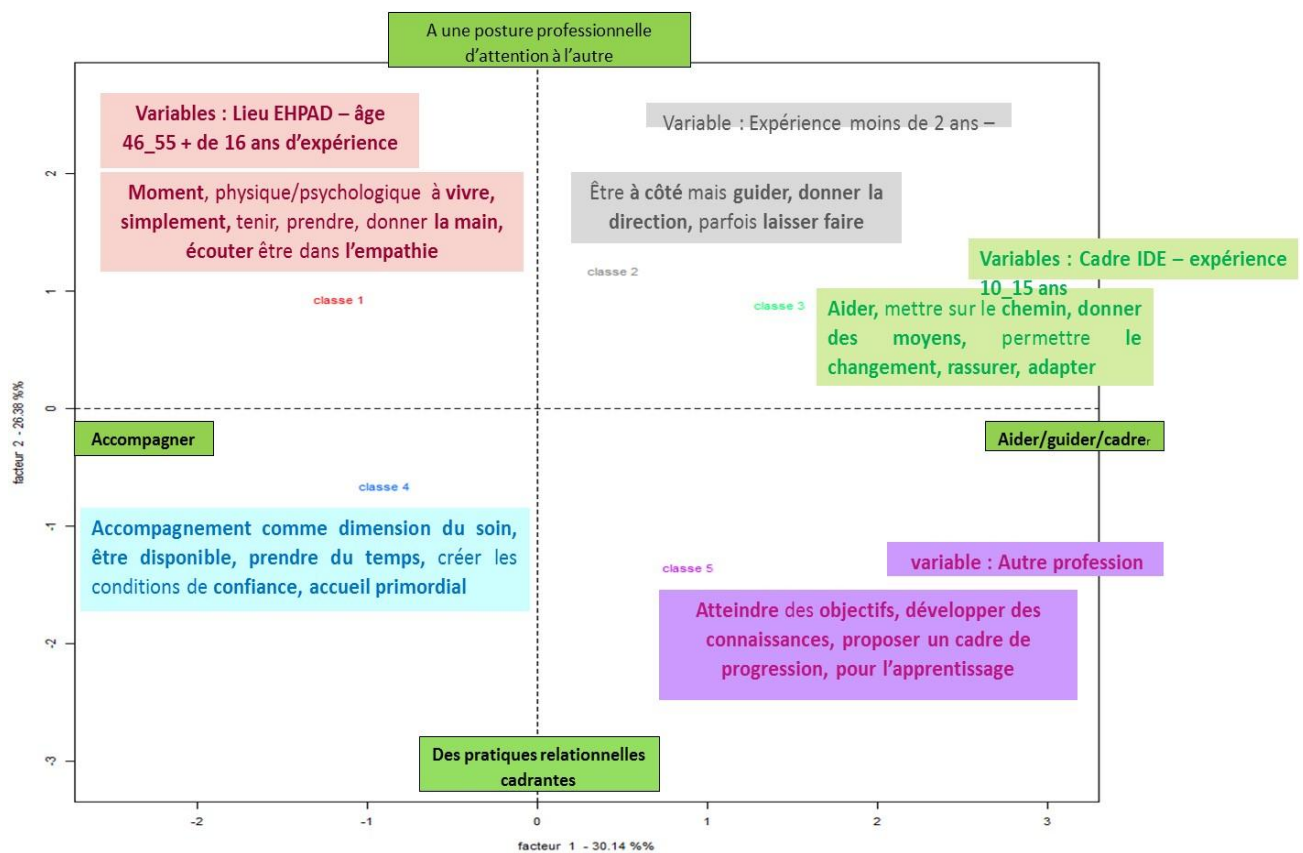


Figure 2 : Analyse factorielle de Correspondance avec différentes positions vis à vis de la relation à l'Autre.

## **Pour conclure**

Ces résultats montrent que la notion d'accompagnement reste encore floue dans l'esprit des soignants, puisque trois classes de discours renvoient à une posture centrée davantage sur du soutien, de l'aide qu'un réel accompagnement tel que nous l'avons défini dans cet article autour de la rencontre de l'Autre, du partage d'un moment. Nous avons mis en évidence une posture relationnelle qui n'est pas centrée sur la singularité des sujets, les pratiques directives d'aide, de soutien, de guidance visant plus une finalité normée qu'une rencontre de la personne. Nous avançons que la littérature en soins infirmiers dans ce domaine et les formations mettent davantage en avant la relation d'aide et la posture de « support », sans questionner la notion d'autonomie de pensée et de décision de la personne dite ou devenue dépendante. Cela interroge la conception que l'on peut avoir de l'autonomie, avec l'idée que la perte de facultés physiques ou mentales renvoie chez les soignants essentiellement à la notion de dépendance à suppléer. Il y a comme une contradiction avec l'affichage du terme « accompagnement » dans le discours des professionnels de santé et la réalité pratique soulignant ici une difficulté à dépasser un certain "formatage" de la relation de soin. Il est aussi important de dire que l'aide et la guidance sont des pratiques certainement plus faciles à mettre en place car elles ne nécessitent pas réellement d'engagement des soignants dans la rencontre de la personne soignée. Ces résultats renforcent l'idée également de la nécessité de prendre conscience que la relation avec des personnes en grande vulnérabilité est complexe et que le curseur n'est pas simple à déplacer entre aide et accompagnement. Lorsque les personnes n'expriment pas toujours clairement un besoin, cela oblige le soignant à ne pas considérer ce silence comme une absence de besoin, à ne pas ignorer la personne au nom du respect de cette dernière, mais à ne pas non plus basculer dans une attitude de grande sollicitude se traduisant par une présence trop marquée. Il s'agit pour le soignant de trouver le juste milieu de cette relation à l'Autre. Nous pouvons alors dire que l'accompagnement est une reconstruction de la pratique relationnelle, plus exactement une co-construction de cette dernière avec la personne accompagnée. Avoir à l'esprit qu'il est plus facile de « donner conseil » que de « tenir conseil » (pour reprendre la formule de Lhotellier, 2001). Cela rejoint l'idée de Lafortune (2017) selon laquelle il est important dans la relation d'accompagnement de dépasser la notion de *conseillance* pour aller vers un rapport interactif- réflexif permettant de co-construire du sens. Considérant cette difficulté à dépasser des pratiques ancrées, il serait alors intéressant de mettre la notion de réflexivité au centre des dispositifs de formation, afin que cette posture soit adoptée tant dans la relation pédagogique que dans la relation de soins. Envisager l'accompagnement dans l'idée de délibération avec l'Autre exige un travail sur soi de l'accompagnateur. Il s'agit ici d'arriver à dépasser le « curriculum de l'aide » pour aller vers celui de l'accompagnement : placer la personne accompagnée comme actrice de son projet (projet de soin, projet de formation). Développer cette conception en plaçant la personne au centre de la dynamique d'accompagnement pourra également favoriser la coordination des parcours de soins et optimiser le travail en inter professionnalité.

## **Références bibliographiques**

- Abels, C. (1998). L'accompagnement de l'enfant placé dans son travail d'histoire de vie. Dans G. Pineau (dir.), *Accompagnements et histoire de vie* Paris : L'Harmattan. p. 23-40.
- Bastiani, F. (2014). Sur la portée humaine du geste de soin. Dans M. Saint-Jean et F. Bastiani (dir.), *Soin et fin de vie. Pour une éthique de l'accompagnement*. 15 -28. Paris : Seli Arslan.

Charlier, E. et Biémar, S. (dir,) (2012). *Accompagner, Un agir professionnel*. Bruxelles : De Boeck.

Collière, M.-F. (2001). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris : Masson.

Daydé, M.-C., Lacroix, M.-L., Pascal, C. et Salabaras Clergues, E. (2007), *Relation d'aide en soins infirmiers*, Paris : Masson

Fontaine, M. (2009). L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers, *Pensée plurielle*. 3, 22, 53-63.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.

Kant, E. (1971). *Les Fondements de la métaphysique des mœurs*. Vevey : Delagrave

Lafortune, L. (2017). Le rôle de la rétroaction réflexive-interactive dans le processus de changement », dans M. Saint-Jean, N. Lafranchise, C. Lepage et L. Lafortune (dir.), *Regards croisés sur la rétroaction et le débriefing : accompagner, former et professionnaliser*. Québec, Presses de l'Université du Québec, p 13-30.

Lardic, J.-M. ((2015), Introduction. Dans G. Durand et M. Jean (dir.). *L'autonomie à l'épreuve du soin*. Nantes : Editions Nouvelles Cécile Defaut, p. 7-16.

Le Bouède, G. (2002). La démarche d'accompagnement, un signe des temps, L'accompagnement dans tous ses états, *Éducation Permanente*, 153, 13-19. *Soi-même comme un autre*.

Lhotellier, A. (2001). *Tenir conseil. Délibérer pour agir*. Paris : Seli Arslan.

Pandelé, S. (2008). *La grande vulnérabilité*. Paris : Seli Arslan.

Ricoeur, P. (1990). Paris : Le Seuil

Rogers, C. ( 1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Issy les Moulineaux : ESF Editeur

Saint-Jean, M. et Péoc'h, N. (2014). Accompagnement et bientraitance : réflexion sur une posture professionnelle. Dans M. Saint-Jean et F. Bastiani (dir.). *Soin et fin de vie. Pour une éthique de l'accompagnement*. Paris : Seli Arslan

Taranto, P. (2015), Autonomie et consentement. Dans G. Durand et M. Jean (dir.). *L'autonomie à l'épreuve du soin*. Nantes : Editions Nouvelles Cécile Defaut, p. 17-35.

**HAENSEL Michèle** - Docteur en Sciences de l'Éducation, Anthropologue, Chercheuse associée au Laboratoire EXPERICE - Axe C des Universités de UPPA et Paris 13 - Psychomotricienne en pédopsychiatrie au CHP de Pau – Membre de l'AFIRSE section française et de l'AISLF

## **L'accompagnement du patient : un bricolage entre extérieur et intérieur**

*L'accompagnement du patient : un bricolage entre injonctions et adaptations*

**Mots-clés** : Croyances -injonctions - entre deux –bricolage.

### **La vocation**

Il traîne encore des traces de nos valeureuses religieuses à cornettes dans nos hôpitaux psychiatriques. De l'inspiration divine qui les poussait aux vocations et à l'amour du prochain, quelle que soit la difficulté des patients à se rapprocher de leurs soignants, en voici certains vestiges : par exemple cet usage du mot « bible » pour nommer un simple agenda de banque sur lequel sont consignées les informations journalières utiles au travail d'équipe. L'ombre de l'inspiration divine plane toujours jusqu'à des titres de journaux des années 2013 qui fustigeaient le DSM 5 « la bible de la psychiatrie fait polémique<sup>33</sup> », « faut-il croire en la nouvelle bible américaine ?<sup>34</sup> ». Cet ouvrage, le DSM, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux a connu sa première rédaction en 1952 par la toute puissante Association Américaine de Psychiatrie (APA). Il est critiqué pour sa pensée réductionniste et son oubli de la médecine de l'âme mais sert pourtant de référence. Bien que nous soyons passés au 21<sup>ème</sup> siècle les excommunications vont bon train. Par exemple, à l'occasion de l'évolution actuelle de la prise en charge de l'autisme, le député Fasquelle et ses collègues ont tenté de faire interdire la pratique psychanalytique dans l'accompagnement des enfants autistes, et ceci au nom de l'État<sup>35</sup>. Cette dérive totalitaire, heureusement rejetée par un vote de l'Assemblée Nationale, est cependant préoccupante. Car ce député n'en est pas à sa première tentative puisqu'il voulait déjà supprimer tout enseignement de la psychanalyse en France.<sup>36</sup>

Le député Daniel Fasquelle prenait alors appui sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour argumenter sa proposition. Or celle-ci ne demandait pas l'interdiction des pratiques analytiques, mais elle constatait que le niveau de preuves n'était pas suffisant et de ce fait ne les recommandait pas. La secrétaire d'État chargée des Personnes Handicapées, Ségolène Neuville, a pointé quant à elle le danger de dérive si les pouvoirs publics commençaient à s'immiscer dans les choix thérapeutiques, tout en mettant en avant son engagement pour la mise en œuvre des recommandations de la HAS. Et elle s'est donc opposée à la proposition ; elle a été largement

---

<sup>33</sup>La bible de la psychiatrie fait polémique. *Sciences et avenir*.2013. [En ligne], consulté le 27 mars 2017. [http://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-bible-de-la-psychiatrie-fait-polémique\\_19532](http://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-bible-de-la-psychiatrie-fait-polémique_19532)

<sup>34</sup>Nau, J.Y. (2013).Faut-il croire en la nouvelle bible américaine. *Planète santé*. [En ligne], consulté le 27 mars 2017. <https://planetsante.ch/Magazine/Psycho-et-cerveau/Psychiatrie-faut-il-croire-en-la-nouvelle-bible-americaine>.

<sup>35</sup>Mondière.G. (2016).Interdiction de la psychanalyse en matière de soin de l'autisme.*Cifpr*. [En ligne], consulté le 27 mars 2017. [http://cifpr.fr/actualite\\_profession/projet-de-prohibition-de-la-psychanalyse-en-matiere-de-soin-de-l-autisme/](http://cifpr.fr/actualite_profession/projet-de-prohibition-de-la-psychanalyse-en-matiere-de-soin-de-l-autisme/)

<sup>36</sup>Astus (2012) Le bûcher des sorciers. *Agoravox*. [En ligne], consulté le 27 mars 2017. <http://www.agoravox.fr/culture-loisirs/culture/article/le-bucher-des-sorciers-110426>

suivie.<sup>37</sup> Fort heureusement... Cependant nous remarquerons que si les « saintes écritures » ont été interprétées différemment il n'en demeure pas moins que la Haute Autorité de Santé reste transversale, pour ne pas dire « transcendante », et se voit attribué une méta-posture référentielle. Dans le même temps un livre récemment publié sur la neurochirurgie parle de médecine « de l'âme »<sup>38</sup>, se faisant l'écho de questions fondamentales sur le sens d'interventions dans la chair des patients pour en soigner la vie psychique. Avec toujours cette question : le cerveau est-il le siège de l'âme ?

Le vieux débat du corps, de l'âme ou de l'esprit impliqués dans les troubles psychiques se réactualise sans cesse<sup>39</sup>. Mais toujours sur le principe de la séparation du corps et de l'esprit dans le paradigme de l'individu comme base de la société<sup>40</sup>. Pourtant des psychiatres de renom tels que Delion<sup>41</sup>, Oury<sup>42</sup>, Tosquelles<sup>43</sup> invoquent l'interaction du patient avec son contexte, ses soignants et mettent en évidence l'importance des espaces interstitiels, de la fonction contenante de l'institution construite par les acteurs eux-mêmes qui favorise l'émergence d'effets thérapeutiques insoupçonnés.

Dans les hôpitaux psychiatriques d'aujourd'hui le paradigme technologique et les sciences cognitives ont remplacé Dieu et ses saintes écritures, la psychanalyse et ses sauveurs de l'inconscient, mais la foi en ce qui est écrit demeure. D'ailleurs il n'est pas un cadre de santé sans rappeler qu'un soin qui n'est pas consigné n'existe pas. D'un point de vue comptable il s'entend. Pour le reste le patient a vocation à être soulagé mais pas soigné, le médecin a vocation à établir un bon diagnostic et le personnel soignant à vocation à exécuter correctement les protocoles de soins, à les tracer et à les sécuriser. L'institution psychiatrique a vocation à s'assurer que les recommandations de l'ARS sont bien suivies de façon à obtenir la prochaine accréditation et les budgets qui vont avec. Et tout est en ordre.

---

<sup>37</sup>Favereau, E. (2016). Autisme, la recommandation d'interdire la psychanalyse repoussée par les députés. *Libération*[En ligne], consulté le 05 mars 2017. [http://www.liberation.fr/france/2016/12/08/autisme-la-recommandation-d-interdire-la-psychanalyse-repoussee-par-les-deputes\\_1533885](http://www.liberation.fr/france/2016/12/08/autisme-la-recommandation-d-interdire-la-psychanalyse-repoussee-par-les-deputes_1533885). 163

<sup>38</sup>Lévêque, J.M. & Cabut, S. (2017) *La Chirurgie de l'âme*. Paris, Éditions JCLattes.

<sup>39</sup>Champion, F. « La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine », *Archives de sciences sociales des religions* [En ligne], 163 | juillet-septembre 2013, mis en ligne le 01 octobre 2016, consulté le 05 mars 2017. URL : <http://assr.revues.org/25197> ; DOI : 10.4000/assr.25197

<sup>40</sup> Vincent de Gaulejac. (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement moral*. Paris : Ed du Seuil.

<sup>41</sup>Delion, P. & Coup, P. (2016). Mon combat pour une psychiatrie humaine. *Médiapart*. [En ligne], consulté le 05 mars 2017.

<https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/230916/mon-combat-pour-une-psychiatrie-humaine-pierre-delion-avec-patrick-coup>.

<sup>42</sup> L'invisible par Jean Oury & Nicolas Phillibert (Lo invisible)-You Tube. [En ligne], consulté le 05 mars 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=yllV9kY2Os>.

<sup>43</sup>Tosquelles, F. Une politique de la folie ordinaire. *Histoire et société*. [En ligne], consulté le 05 mars 2017. <https://histoireetsociete.wordpress.com/2013/17/une-politique-de-la-folie-par-francois-tosquelles/>

## Les injonctions

### Le DSM 5

Le DSM <sup>44</sup> est un manuel de définition et de classification des affections psychiatriques. Aux États-Unis il est utilisé bien au-delà des psychiatres et des psychologues par des chercheurs, des sociétés d'assurances et des firmes pharmaceutiques. La justice et les pouvoirs publics y ont également recours. Aujourd'hui, l'usage de cette méthode est préconisé en France par l'HAS. Au départ il s'agissait d'homogénéiser de la manière la plus objective possible les diagnostics de ces maladies, de façon à ce que les médecins et les chercheurs puissent s'entendre au mieux dans le vaste domaine des névroses et des psychoses. Rappelons que le premier DSM a été publié en 1952 pour aider les psychiatres américains dans la sélection et la prise en charge des militaires et comportait soixante pathologies différentes. La deuxième édition parue en 1968 dénombrait 145 pathologies. Ces deux premières éditions du manuel étaient encore influencées par l'approche psychanalytique de la maladie mentale. Mais cette version rangeait l'homosexualité dans la catégorie des pathologies, elle a heureusement été amendée en 1973. Puis le DSM-IV fut édité en 1994 suivi d'une petite révision en 2000. En France, jusqu'à l'avènement du DSM-5 la classification élaborée par le Dr Misès prévalait dans la psychiatrie de secteur.

C'est parce qu'il présentait l'évolution actuelle que Roger Misès s'était acharné avec ses collègues à construire une classification française des troubles de l'enfant et de l'adolescent qui intègre l'éclairage multidimensionnel tout en évitant de se laisser enfermer dans une simple opposition passive. En effet cette classification était accompagnée d'une échelle d'équivalence avec le DSM, ce qui a permis à la France de résister longtemps à la domination biomédicale et gestionnaire en soutenant l'importance des techniques humaines relationnelles. Selon lui il était fondamental de maintenir simultanément l'aide au handicap et l'éclairage psychopathologique, avec d'une part le soin à visée mutative (*c'est-à-dire entraînant un changement psychique*), et d'autre part l'appui social. Il estimait nécessaire de prendre en compte en même temps les trois dimensions physiques, psychiques et relationnelles, dans une complexité la plus à même de rendre compte de la singularité de chaque enfant, de ses problèmes mais aussi de ses potentialités.

### La loi sur le handicap

La loi sur le handicap, qui est « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a été votée en 2005 en France. Dans le secteur de l'enfance elle stipule que tout élève handicapé doit être inscrit dans l'école de son quartier. Entre 2005 et 2010, selon le rapport du gouvernement, le nombre d'enfants scolarisés a connu une croissance de +33 %. Les jeunes handicapés sont donc scolarisés en milieu ordinaire (école, collège ou lycée) et bénéficient d'un plan personnalisé de scolarisation (PPS). C'est à première vue une très bonne chose. La MDPH<sup>45</sup> via la CDAPH<sup>46</sup> examine sur dossier les demandes relatives à l'orientation, l'attribution de

---

<sup>44</sup>Boyer, J-D., Cracq, M-A., Guelfi, D. (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux. Edition Elsevier-Masson.

<sup>45</sup> Maison Départementales des Personnes Handicapées

prestations telles qu'une aide humaine (AVS) sur la base de l'évaluation réalisée par une équipe pluridisciplinaire et les souhaits exprimés par le jeune et sa famille dans un projet de vie. Parmi les différents handicaps, pour la première fois cette loi reconnaît l'existence de « situations de handicap résultant de troubles des fonctions cognitives. » La loi de 2005 a ainsi été suivie de la création de Centres Ressource Autisme (CRA) qui sont des structures médico-sociales. Leurs principales missions sont le conseil, le dépistage et le diagnostic, la formation et la recherche.

Mais quelques années après 2005 le Dr Misès constatait que cette loi, au lieu de jouer son rôle d'union entre le soin et la compensation a de plus en plus évité le soin, sous l'influence de certaines familles et de certaines MDPH.

Souvenons-nous que Roger Misès a accompagné la révolution de la psychiatrie au lendemain de la guerre pour construire une nouvelle clinique psychiatrique qui soulignait la reconnaissance et l'implication du rôle fondateur du contexte grâce à l'intégration des différents acteurs du soin et de l'Action Sociale, au-delà des murs des institutions, dans la Cité (l'école, la pédiatrie, la PMI, la justice, le social), et bien évidemment la famille. Selon lui, en fait le mouvement de régression actuel a commencé dès 1980 quand les pouvoirs publics ont voulu appliquer en France la classification nord-américaine du DSM et les concepts qui l'accompagnaient à savoir la prééminence du modèle biomédical niant toute dimension psychopathologique : seuls comptaient les facteurs organiques, les autres étaient évacués. Cette théorie installait l'irréversibilité des troubles comme credo et retirait du soin sa dimension mutative d'un possible changement psychique. Ainsi, souligne Misès, le DSM a été imposé par les pouvoirs publics aux équipes dans le seul but de réduire les dépenses de santé, d'installer un contrôle gestionnaire et de renforcer le seul personnel administratif.

Roger Misès ne comprend pas que la HAS n'ait pas tenu compte de tous les acquis de la psychiatrie française et qu'elle puisse obliger la profession à se soumettre à un modèle extérieur à l'expérience française, celui des USA, en ciblant la réponse sur la seule éducation et le comportementalisme, en préférant à une psychiatrie ouverte, une psychiatrie fermée. Il va même jusqu'à dire que la HAS a formulé un diktat, et qu'en même temps elle n'a rien réglé.<sup>47</sup>

## **L'expertise et ses critiques**

« L'expertise internationale s'invite donc dans nos hôpitaux en proposant des descriptions très techniques qui expliquent comment les troubles mentaux peuvent avoir des liens entre eux en fonction de certaines vulnérabilités sous-jacentes ou de certains symptômes. Les troubles mentaux sont organisés en fonction du contexte de l'âge mais aussi en fonction du sexe et de la dimension

---

<sup>46</sup>Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

<sup>47</sup>Baillon, G. (2012). Roger Mises s'insurge contre la HAS. *Médiapart*. [En ligne]. Consulté le 05 mars 2017. <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/180312/roger-mises-s-insurge-contre-la-has>

culturelle. » Le but affiché est « d'aider les cliniciens à identifier plus précisément les troubles mentaux et à améliorer les diagnostics tout en maintenant la continuité des soins. »

Cependant, autant sur le continent qu'outre-Atlantique les critiques sont nettement plus nombreuses que les louanges. Elles portent notamment sur les conséquences en termes d'inflation de diagnostics inappropriés et de stigmatisation des patients. Par exemple le Dr Maurice Corcos, psychiatre à l'Institut Mutualiste Montsouris<sup>48</sup>, indique que l'erreur fondamentale est de vouloir effacer les zones grises. «Ceux qui veulent être normatifs et mettre les patients dans une case n'ont pas compris que, la plupart du temps, tous les êtres humains sont dans cette zone grise». De son côté le Dr Allen Frances, ancien professeur de psychiatrie à la Duke University, alors même qu'il a dirigé l'équipe ayant élaboré le DSM-IV se dit «triste et inquiet». Il redoute que le DSM-5 aboutisse à exacerber la tendance actuelle à la surmédicalisation. Il nous explique par exemple que : «Le DSM-5 transforme le deuil en trouble dépressif majeur, les colères en trouble de dérégulation dit d'humeur explosive, les pertes de mémoires du grand âge en trouble neurocognitif léger, l'inquiétude de la maladie en troubles de symptômes somatiques, la gourmandise en hyperphagie boulimique, et n'importe qui souhaitant obtenir un stimulant pour un usage récréatif ou pour améliorer ses performances pourra faire valoir qu'il souffre d'un trouble du déficit de l'attention»<sup>49</sup>.

« Le Dr Frances ajoute qu'aujourd'hui aux États-Unis, il y a chaque année dans la population générale 20% de personnes répondant à un diagnostic de trouble mental et que ce pourcentage passe à 50% si l'on s'intéresse à la vie entière (contre 43% en Europe). Il ajoute encore qu'au cours des vingt dernières années, le taux de troubles bipolaires chez l'enfant a été multiplié par quarante, d'autisme par vingt. Les diagnostics de trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité ont triplé, ceux de trouble bipolaire ont doublé. Les prescriptions médicamenteuses sont devenues incontrôlables, 20% des adultes américains prennent un psychotrope, 4% des enfants un stimulant, 4% des adolescents un antidépresseur. Un soldat américain actif sur huit est traité par un psychotrope.<sup>50</sup> »

Le Pr Granger, psychiatre au CHU Cochin de Paris, fait valoir dans une *Tribune de la Revue du Praticien* que les classements comme le DSM sont nécessaires «pour que les psychiatres aient des repères et parlent la même langue. Mais ils ne rendent pas plus compte des maladies que les plantes séchées et collées dans un cahier ne décrivent la nature.<sup>51</sup> »

Dans le domaine de la prise en charge des personnes considérées autistes ou présentant des TED (troubles envahissants du développement) on s'interrogera sur le rôle des CRA qui « n'assurent pas directement les soins, mais interviennent en articulation avec les dispositifs de soins »... n'ont pas « un rôle d'expert et n'exercent pas de jugement sur les pratiques des autres professionnels, ou des parents, mais ont pour vocation le conseil dans l'évaluation et la prise en charge de l'autisme et des personnes autistes. » Nous voyons comment, incidemment, la vocation d'une posture

---

<sup>48</sup>Corcos, M(2011).*L'Homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique*. Paris : Éditions Albin Michel.

<sup>49</sup> Chiche, S. (2013). DSM-V : troubles dans la psychiatrie. *Sciences Humaines*. [En ligne]. Consulté le 05 mars 2017. [www.scienceshumaines.com/dsm-v-troubles-dans-la-psychiatrie\\_fr\\_30957.html](http://www.scienceshumaines.com/dsm-v-troubles-dans-la-psychiatrie_fr_30957.html)

<sup>50</sup>Nau J.Y. (2013) *Psychiatrie : faut-il croire en la nouvelle bible américaine ?* [En ligne] Consulté le 27.03.2017. <https://www.planetesante.ch/Magazine/Psycho-et-cerveau/Psychiatrie-faut-il-croire-en-la-nouvelle-bible-americaine>.

<sup>51</sup> (2013). Le DSM-5 est officiellement lancé, la controverse persiste !-*Medscape-21 mai 2013*. [En ligne] Consulté le 10.03.2017. <http://francais.medscape.com/voirarticle/3600039>



superviseuse, au-dessus du quotidien et de ses avatars est réintroduite dans la dynamique du soin. Est-ce à proprement parler une posture religieuse vouée aux dieux de la rationalité ? Je vous laisse seuls juges, mais les recommandations en 2010 de l'HAS sous la pression d'associations de parents<sup>52</sup> visant à interdire la pratique du packing laisse songeur. Cette décision a été prise malgré des recherches mettant en évidence la réduction de prescriptions d'anxiolytiques et de neuroleptiques grâce à ces techniques utilisées de façon rarissime dans des cas d'automutilations graves.<sup>53</sup>

## Les évasions

Cependant les faits sont têtus et au bout du compte les équipes de soins impliquées dans le suivi quotidien du patient sont la plupart du temps obligées de se situer dans ces zones grises dont parle le Dr Corcos. Si ces mêmes équipes tracent avec rigueur dans le Dossier Patient Informatisé les étapes de soins, il n'en demeure pas moins que bien des aspects du soin échappent à toute rationalisation quantitative. Les experts vont bon train mais les méandres des pathologies polymorphes exigent de la souplesse et une certaine science du bricolage, c'est-à-dire cette capacité à inventer de nouveaux usages aux outils et une adaptation au contexte toujours imprévisible. Pour le dire autrement, une fois que l'on a consenti à la croyance scientifique du moment et à ses préconisations gestionnaires, il reste en face de soi le patient dans sa singularité, son contexte familial, social...et ce que la psychiatrie du 20<sup>ème</sup> siècle appelait ses symptômes. Comme l'eau qui s'échappe à travers les mailles du filet ces signes fonctionnels, souvent multiples, manifestent l'étrangeté, l'altérité radicale qui éloignent les patients d'une vie sociale paisible.

## Jules

Prenons par exemple le cas de Jules N, le diagnostic principal posé est « *troubles du développement de la parole et du langage, avec un diagnostic associé « autres troubles du développement psychologique* ». Lorsque nous sommes avec Jules, 6 ans, c'est un enfant qui parle tout à fait normalement, répond de façon adaptée aux questions et comprend les propositions de travail sans difficulté. Par contre cet enfant est manifestement très inhibé dans le travail scolaire, immature, et dans une certaine méfiance vis-à-vis de l'adulte. Il vit dans un contexte de rigidité et d'attentes démesurées de sa famille. Un programme de soin associant psychothérapie et psychomotricité en CMPEA est mis en place. La coopération avec les autres acteurs (école, orthophoniste) fait émerger une présomption de contexte maltraitant (au moins psychologiquement) tandis que la maman, argumentant que son enfant est dyspraxique et dyscalculique, réclame des soins tels que préconisés par l'HAS puisqu'internet permet d'avoir accès à toutes les dernières « vérités scientifiques ». Fort heureusement une collaboration étroite entre les différents professionnels permet aujourd'hui d'éviter à Jules de s'arc-bouter dans son inhibition comme seule défense face à ce qu'il vit. C'est jusqu'à aujourd'hui la patience, la négociation avec les parents pour

---

<sup>52</sup><http://www.cra.asso.fr>

<sup>53</sup>Delion, P. (sous la direction de). Le packing chez l'enfant. *Revue Institutions*. [En ligne] Consulté le 10.03.2017. [www.revue-institutions.com/articles/05/Document1.pdf](http://www.revue-institutions.com/articles/05/Document1.pdf)

ne pas rompre les soins, la concertation avec les autres professionnels qui nous permet de voir cet enfant évoluer doucement et commencer à nous livrer ce qui nous permettra d'entamer un autre travail avec les parents. Nous sommes ici dans un cas typique de travail au cœur des zones grises que le DSM est incapable de tisser.

## Lucie

Pour Lucie le diagnostic principal posé est « *trouble spécifique du développement moteur* ». La petite fille de 6 ans que nous recevons, longtemps inséparable de son frère, de seulement 14 mois son aîné, n'utilisait qu'un jargon partagé avec son frère, manifestait une inhibition importante face à l'adulte mais aussi une certaine instabilité. Le contexte familial suscitait des inquiétudes par rapport à des négligences évidentes d'hygiène, des parents eux-mêmes en difficulté de relation, parlant peu à leurs enfants. Lucie est dans l'action mais passe difficilement par la parole. De ce fait une évaluation de ses potentialités intellectuelle n'a pas pu être faite. Aujourd'hui son frère est reçu en hôpital de jour pour un TED. L'intégration scolaire est très satisfaisante par contre des difficultés d'élocution se manifestent au point de nécessiter, en plus d'une prise en charge en psychomotricité des séances d'orthophonie. Il est probable que Lucie soit dysphasique, mais ce trouble, masqué par l'inhibition n'était pas repéré jusque-là. Mais, ce qui est le plus à souligner dans ce cas précis est le patient travail de lien avec la famille pour déjouer la méfiance des parents et permettre à Lucie de laisser apparaître sa vulnérabilité langagière.

## Amelia

Pour Amélia le diagnostic principal posé est « *troubles spécifiques mixtes du développement* ». Cette petite fille âgée de 4 ans est arrivée au CMPEA sur les conseils de l'école car ne parvenant pas à être en relation avec les autres enfants, sauf pour les mordre, se mettant sous le bureau de l'enseignante. Amélia avait aussi de grosses difficultés d'équilibre et tombait souvent. C'est le papa qui nous amène sa fille à la consultation. En fait il nous explique que celle-ci a vécu ses deux premières années seule avec sa maman (car le père n'avait pas reconnu sa fille d'emblée). Elle n'a quasiment plus aucune relation avec sa mère aujourd'hui car cette maman vraisemblablement psychotique n'était pas en capacité de s'occuper de sa fille. Le juge a donc confié l'enfant à son père. Celui-ci, ne parvenant pas à se fixer affectivement s'occupe tant bien que mal d'Amélia, avec l'aide des femmes qui l'entourent : ses différentes compagnes et sa propre mère avec qui il a cependant des relations difficiles. Là encore il a fallu une année pour détourner la méfiance du papa, comprendre la problématique familiale et accompagner celui-ci vers la recherche de modes de garde plus rassurants et professionnels. Au milieu de ce tourbillon, était passé inaperçu un trouble neurologique en cours d'exploration qui se manifeste par un fort nystagmus en période de fatigue. Malgré cela Amélia progresse beaucoup dans son élocution, parle très clairement de ce qu'elle vit et de ce qui l'inquiète nous permettant ainsi de l'aider. Le tableau est donc polymorphe.

## Hugo

Enfin je parlerai rapidement d'Hugo, 6 ans, pour qui le diagnostic principal posé est « *Autisme atypique* ». Deux années de prise en charge en hôpital de jour ont permis de repérer puis de confirmer une pathologie chromosomique qui se traduit par différents troubles neurologiques chez un enfant cependant aux qualités relationnelles évidentes et sachant trouver secours auprès de l'adulte, manifestant une grande envie d'apprendre, de jouer avec les autres enfants. Ceci dans un contexte familial très fruste ne pouvant pas être un point d'appui pour son évolution. Au bout de cette prise en charge il apparaît évident que cet enfant avait beaucoup plus sa place dans une structure éducative adaptée que dans une structure psychiatrique. Aujourd'hui, le manque cruel de place en établissements type IME le place 30<sup>ème</sup>, au moins, sur une liste d'attente pour une entrée en établissement adapté à ses besoins. Mais c'est un autre chapitre.

## Le bricolage

Entre la vocation et les injonctions les soignants naviguent souvent en eaux étroites mais c'est pourtant à la marge, dans les interstices qu'il est possible d'introduire du jeu dans les rouages complexes du soin à plusieurs. Car c'est d'abord par l'articulation des soins entre eux que quelque chose se passe. Si par exemple Jules vit en psychomotricité l'implication corporelle nécessaire au dépassement de ses maladresses, il en exprimera d'autant mieux ses peurs dans la psychothérapie qui lui succède parce qu'il y a résonance des vécus. Ici c'est l'effet intégrateur de la parole et du geste qui est potentiellement curatif. Avec Lucie c'est la mise en situation apparente de jeu qui lui donne l'occasion d'exprimer, de laisser jaillir à son insu un mot, une phrase. Les commentaires qui en seront faits avec la famille venue la chercher en fin de séance, sur le pas de la porte, moment informel bien connu des praticiens, en donneront une trace transférable au domicile.

Pour Amélia, le dispositif peu à peu étoffé d'un programme de soin en hôpital de jour instaure un emploi du temps organisé, rythmé, des passages de relais entre les professionnels, des alternances de temps collectifs et de temps individuels dans une régularité rassurante. Nous savons comment il faut parfois modifier plusieurs fois un emploi du temps sans en changer la teneur pour trouver le bon moment pour chaque chose, avec ce croisement des regards qui permet de voir le potentiel d'adaptation de l'enfant. Enfin, pour Hugo c'est la remise en question du diagnostic par l'observation croisée, le temps donné au développement de cet enfant sans injonctions de rentabilité qui a laissé aux soignants la possibilité de réajuster l'orientation adaptée aux défaillances de cet enfant.

Car pour conclure beaucoup de travaux et de critiques portent sur la teneur des soins et les obédiences qui s'y rapportent, mais peu, depuis les apports de la psychiatrie institutionnelle nous éclairent sur l'agencement des lignes de fuite et de perspective entre les soins qui en font un facteur structurant. Or c'est bien la science du bricoleur de savoir utiliser autrement les outils qui sont à sa disposition pour faire en sorte que ça fonctionne.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup>Tosquelles,F. (2015)*Fonction poétique et psychothérapie*. Toulouse : Ed ERES. Coll. Des travaux et des jours.

## Bibliographie

- Astus. (2012). [En ligne], consulté le 27 mars 2017. <http://www.agoravox.fr/culture-loisirs/culture/article/le-bucher-des-sorciers-110426>
- Baillon, G. (2012). Roger Mises s'insurge contre la HAS. *Médiapart*. [En ligne]. Consulté le 05 mars 2017. <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/180312/roger-mises-s-insurge-contre-la-has>
- Boyer, J-D, Cracq, M-A., Guelfi, D. (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux. Edition Elsevier-Masson.
- Champion, F. « La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine », *Archives de sciences sociales des religions* [En ligne], 163 | juillet-septembre 2013, mis en ligne le 01 octobre 2016, consulté le 05 mars 2017. URL : <http://assr.revues.org/25197> ; DOI : 10.4000/assr.25197
- Chiche, S. (2013). DSM-V : troubles dans la psychiatrie. *Sciences Humaines*. [En ligne]. Consulté le 05 mars 2017. [www.scienceshumaines.com/dsm-v-troubles-dans-la-psychiatrie\\_fr\\_30957.html](http://www.scienceshumaines.com/dsm-v-troubles-dans-la-psychiatrie_fr_30957.html)  
CRA : <http://www.cra.asso.fr>
- Corcos, M. (2011). *L'Homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique*. Paris : Éditions Albin Michel.
- Delion, P. (sous la direction de). Le packing chez l'enfant. *Revue Institutions*. [En ligne] Consulté le 10.03.2017. [www.revue-institutions.com/articles/05/Document1.pdf](http://www.revue-institutions.com/articles/05/Document1.pdf)
- Delion, P. & Coup, P. (2016). Mon combat pour une psychiatrie humaine. *Médiapart*. [En ligne]. consulté le 05 mars 2017. <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/230916/mon-combat-pour-une-psychiatrie-humaine-pierre-delion-avec-patrick-coup>
- Favereau, E. (2016). Autisme, la recommandation d'interdire la psychanalyse repoussée par les députés. *Libération* [En ligne], consulté le 05 mars 2017. [http://www.liberation.fr/france/2016/12/08/autisme-la-recommandation-d-interdire-la-psychanalyse-repousee-par-les-deputes\\_1533885](http://www.liberation.fr/france/2016/12/08/autisme-la-recommandation-d-interdire-la-psychanalyse-repousee-par-les-deputes_1533885). 163
- Gaulejac (de), V. (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement moral*. Paris : Ed du Seuil. p 220.
- Lévêque, J.M. & Cabut, S. (2017) *La Chirurgie de l'âme*. Paris, Éditions JC Lattes.
- (2013). Le DSM-5 est officiellement lancé, la controverse persiste !-*Medscape-21 mai 2013*. [En ligne] Consulté le 10.03.2017. <http://francais.medscape.com/voirarticle/3600039>
- Mondière, G. (2016). Interdiction de la psychanalyse en matière de soin de l'autisme. [En ligne], consulté le 27 mars 2017. [http://cifpr.fr/actualite\\_profession/projet-de-prohibition-de-la-psychanalyse-en-matiere-de-soin-de-l-autisme/](http://cifpr.fr/actualite_profession/projet-de-prohibition-de-la-psychanalyse-en-matiere-de-soin-de-l-autisme/)

Nau, J.Y. (2013) Psychiatrie : faut-il croire en la nouvelle bible américaine ? *Planète santé*[En ligne] Consulté le 27.03.2017.<https://www.planetesante.ch/Magazine/Psycho-et-cerveau/Psychiatrie-faut-il-croire-en-la-nouvelle-bibe-americaine>

Oury, J. &Phillibert, N. (2002).L'invisible (Lo invisible)-You Tube. [En ligne], consulté le 05 mars 2017.<https://www.youtube.com/watch?v=y1lV9kY2Os>

(2013).La bible de la psychiatrie fait polémique. *Sciences et avenir*. 2013. [En ligne], consulté le 27 mars 2017. [http://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-bible-de-la-psychiatrie-fait-polémique\\_19532](http://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-bible-de-la-psychiatrie-fait-polémique_19532)

Tosquelles.F. (2015) *Fonction poétique et psychothérapie*. Toulouse : Ed ERES. Coll. Des travaux et des jours.

Tosquelles, F. Une politique de la folie ordinaire. *Histoire et société*. [En ligne], consulté le 05 mars 2017.<https://histoireetsociete.wordpress.com/2013/17/une-politique-de-la-folie-par-francois-tosquelles/>

**LAPEYRE Yolaine**, infirmière, faisant fonction cadre, Hospitalisation à Domicile Bagatelle  
**GARRIDO Olivier**, infirmier coordinateur, Unicancer Bordeaux

## **La place de la coordination dans l'accompagnement de la personne tout au long de son parcours de santé**

**Mots-clés** : coordination – communication – parcours de santé

Le schéma sanitaire et social a beaucoup évolué ces dernières années, avec notamment le vieillissement de la population, l'augmentation constante des maladies chroniques, associées à une politique de santé qui vise à réduire les durées d'hospitalisation et les coûts générés par les soins. Dans ce contexte, le parcours de santé des personnes peut devenir complexe : polyopathologies, précarité, multiplicité des professionnels sanitaires et sociaux rencontrés, diversité des établissements de soins...

Face à ce constat, comment accompagner au mieux ces personnes et leur entourage ? Quel est le rôle des professionnels de santé ? Quelles formations proposer ?

Conscients de l'intérêt d'une coordination interprofessionnelle centrée sur le patient et son entourage, tout au long de son parcours de santé, nous avons souhaité, au travers de cette communication, sensibiliser les professionnels du champ sanitaire et social, à l'importance de la communication et du lien entre la ville et l'hôpital et à l'intérêt de se former sur la coordination du parcours de santé, de soins et pas seulement à la simple coordination dans les organisations. En effet, « la coordination des soins se différencie du concept de « coordination dans les organisations », car elle est centrée sur la personne »<sup>55</sup>.

La DGOS définit la coordination des soins comme « une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe [...] Elle a pour objectif de faire bénéficier au patient de la bonne réponse médicale, médico-sociale et sociale, au bon endroit et au bon moment »<sup>56</sup>.

Dans le cadre de nos professions respectives (infirmière responsable au sein d'une hospitalisation à domicile et infirmier de coordination dans un centre de lutte contre le cancer), nous étions quotidiennement confrontés à des prises en charge complexes, sur le plan sanitaire et/ou social. Notre fonction principale était d'assurer la coordination des soins de la personne soignée. Conscients de la complexité de ce travail, nous avons tous deux souhaité approfondir et améliorer

---

<sup>55</sup> Sylvie Klopfenstein-Crélerot, Infirmière-anesthésiste MSc, coordinatrice et Anne Bosc-Fishman, Infirmière cheffe du service de médecine intensive adulte. « Les six attributs du concept de « coordination dans le domaine des soins » p. 15 et 16 - Revue Soins N° 811 – décembre 2016.

<sup>56</sup> DGOS, « Guide méthodologique : améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé? » - Octobre 2012

notre pratique de la coordination, en nous inscrivant à un DU (diplôme universitaire) de coordination du parcours de soins du patient, il y a 3 ans.

Cette formation nous a amené à mieux connaître le travail de chacun, prenant ainsi conscience que notre perception du rôle et des missions de nos partenaires de soins (hospitaliers et libéraux) en matière de coordination était limitée. Cela nous a également permis d'avoir une meilleure connaissance du schéma sanitaire et social sur le territoire girondin et de mieux comprendre l'intérêt de la coordination. Cette expérience nous a ainsi amené à améliorer notre collaboration afin d'accompagner au mieux le patient et son entourage tout au long de son parcours de santé.

En effet, avant cette formation, nos échanges restaient à sens unique, orientés sur la sortie d'hospitalisation et l'organisation de la prise en charge à domicile du patient. Nous avons ainsi pu constater une rupture dans le lien ville-hôpital, une fois le patient rentré chez lui. Durant son parcours de santé, la personne peut être confrontée à une problématique (sanitaire et/ou sociale) aiguë, souvent responsable d'une hospitalisation en urgence. Dans ce contexte, le lien ville-hôpital doit être optimal pour faciliter la continuité des soins. Or, force est de constater que malgré la bonne volonté des professionnels de santé, ce lien est fragile : interlocuteur parfois difficilement joignable, souvent différent à chaque appel et/ou ne connaissant pas le patient. Ainsi, le relai d'informations est rompu, ce qui peut être délétère à la prise en charge du patient.

C'est sur ce constat, et avec le soutien et l'expertise des partenaires sanitaires et sociaux, que nous avons renforcé nos échanges tout au long du parcours de santé du patient (domicile – hôpital), ce qui a permis d'apporter une réponse plus rapide et adaptée aux besoins singuliers de la personne soignée et de son entourage.

En effet, la complexité de la coordination réside dans la capacité à pouvoir accompagner la personne et son entourage tout au long de ce parcours complexe, en essayant de respecter ses désirs, ses besoins, tout en tenant compte des limites induites par les contraintes économiques (collectives et individuelles) et structurelles (capacité d'accueil des établissements de santé, etc). En outre, il est important de rester un interlocuteur facilement identifiable et joignable par le patient, son entourage ainsi que les professionnels de santé, au vu de la multiplicité des intervenants.

Pour illustrer ces propos, nous avons partagé notre expérience en présentant une prise en charge complexe dans le cadre d'une situation palliative.

« Mme E., âgée de 67 ans, est hospitalisée à l'Institut de lutte contre le cancer en mars 2014 devant un tableau d'occlusion dans un contexte de cancer du côlon multimétastatique (hépatique et pulmonaire). Elle est opérée et se retrouve avec une colostomie définitive. Les suites opératoires sont compliquées d'une désunion de la stomie, une infection, une escarre sacrée et une douleur importante.

Mme E. est retraitée (elle ne présente pas de difficultés financières), mariée, 1 fils. Elle réside dans le Lot mais a souhaité être suivie sur l'institut car n'était pas satisfaite de sa prise en charge médicale dans sa région d'origine. Sa sœur, qui réside en Gironde, est une personne ressource.

Son état se stabilise après un mois d'hospitalisation. Elle a cependant de nombreux traitements intra-veineux, une pompe à morphine ainsi qu'un pansement aspiratif sur sa plaie d'escarre.

Au vu du tableau clinique, il n'y a pas d'indication de reprise chirurgicale. L'équipe pluridisciplinaire propose un arrêt des traitements spécifiques. L'annonce de l'entrée en phase palliative est faite à Madame E. et sa famille, qui sont dans le déni de l'évolution défavorable de sa maladie.

Le maintien en hospitalisation n'est plus indiqué. Au vu du contexte, il est proposé à Mme E. et son époux, une prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD), qu'ils acceptent. Habitant le Lot, ils préfèrent résider chez la sœur de Mme sur le Bassin d'Arcachon. Ils souhaitent en outre que Mme E. puisse être suivie à l'Institut.

Une évaluation est alors programmée par une infirmière coordinatrice hospitalière (ICH) de l'HAD début avril à l'Institut (recueil des besoins sanitaires, sociaux et psychologiques). Elle coordonne l'organisation de la prise en charge à domicile : prise de contact avec la famille, recherche d'un médecin traitant qui accepte de la prendre en charge (nécessité de déplacements réguliers à domicile), poursuite de l'accompagnement social par l'assistante de service social (ASS), recherche d'un kinésithérapeute pour réadaptation à domicile, commande des traitements, des consommables et du matériel nécessaires à la prise en charge de Mme E. Les soins (hygiène, confort, traitements, pansements...) sont également planifiés, en tenant compte des différents intervenants (Mme E. refuse d'être suivie par une psychologue)

Sa sortie est programmée une semaine plus tard : Mme E. est accueillie au domicile par une infirmière référente et une infirmière de secteur de l'HAD.

On constate une amélioration de son état général pendant 1 mois environ. Mais le jeudi 8 mai (pont de 4 jours), Mme E. présente une hyperthermie et une asthénie. Mme E. et son époux refusent qu'elle soit hospitalisée dans un autre établissement que l'institut de lutte contre le cancer, où il n'y a pas de place disponible (il est à noter que l'établissement n'a pas de service d'accueil d'urgence). Son médecin traitant est prévenu. La situation est gérée à domicile mais génératrice d'anxiété pour Mme E.

Elle a été hospitalisée à l'Institut le mardi suivant pour un bilan infectieux. Au cours de son hospitalisation, Mme a manifesté son anxiété quant au retour à domicile. Elle se sent plus rassurée par l'environnement médical de l'institut et regrette d'avoir été hospitalisée si tardivement depuis la découverte d'une hyperthermie. Au cours de cette hospitalisation, elle rencontre l'équipe mobile de soins palliatifs. Elle refuse à nouveau la proposition d'un soutien psychologique.

Un retour à domicile est toutefois envisagé, Madame E. refusant d'être hospitalisée dans une autre structure (type soins de suite et de réadaptation). Une proposition lui est faite sur l'anticipation d'une nouvelle hospitalisation en cas de difficultés à domicile : un transfert transitoire par le service hospitalier le plus proche de son domicile serait proposé en attendant qu'une place se libère à l'institut, ce qui rassure Mme E. et son époux. Son retour à domicile est organisé 15 jours plus tard dans le cadre de l'HAD (fin mai).

Son état est stable dans les jours qui suivent, mais la plaie de la laparotomie ainsi que de la stomie digestive se dégradent avec apparition de bourgeons tumoraux.

Pour éviter un transport en ambulance (inconfortable et coûteux), une photo est prise par les soignants puis envoyée par mail à l'infirmier coordonnateur (IDEC) de l'institut afin d'avoir l'avis du chirurgien. Ce dernier informe par téléphone qu'il n'y a pas d'acte chirurgical possible et donne des conseils pour les soins locaux.

Lors d'un staff de l'équipe HAD, il est constaté que la situation à domicile devient précaire bien qu'aucune problématique aiguë n'apparaisse. Un point est fait avec l'IDEC de l'institut : une réhospitalisation pourrait être anticipée, en accord avec le médecin traitant et Mme E.



La situation est évoquée par l'IDEC lors d'une RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) avec l'oncologue référent, ce qui a permis de réserver une place en fin de semaine.

Mme E. est ainsi réhospitalisée à l'institut mi-juin pour de multiples raisons : dégradation de plaies, douleur, anxiété. Mme E. ayant verbalisée sur l'évolution défavorable de son état, une hospitalisation en unité de soins palliatifs a pu être évoquée au couple, si le maintien à domicile devenait difficile.

Mme E. est rentrée à domicile quelques jours plus tard, sans modification thérapeutique. Elle est décédée paisiblement 15 jours après au domicile de sa sœur après la mise en place de soins de support (massages, soins adaptés à son état de santé, présence d'auxiliaire de vie...). Rassurée par la prise en charge proposée, elle n'a pas émis le souhait de finir ses jours en structure hospitalière. »

Ainsi, un travail de coordination régulier s'appuyant sur l'inter professionnalité a permis d'éviter des hospitalisations ou consultations médicales itératives, des déplacements coûteux et contraignants pour la personne, et d'anticiper, dans la mesure du possible, les problèmes ou risques potentiels, en tenant compte de ses besoins, de ses souhaits et des contraintes organisationnelles et structurelles.

A la suite de cette communication, les échanges ont mis en exergue l'importance du langage et du sens des mots utilisés. En effet, une compréhension différente des termes employés (exemple : « le déni ») a conduit à une perception divergente de la situation par certaines personnes de l'assistance. Le vocabulaire utilisé et le sens qu'on lui donne peuvent être différents entre les professionnels du sanitaire et du social, ce qui peut entraîner des divergences de point de vue, alors que l'objectif, centré sur le patient, est le même pour tous.

Ce constat conforte ainsi l'idée de l'ARS de favoriser l'interdisciplinarité dès la formation initiale, afin de mieux connaître les fonctions et le langage des autres professionnels sanitaires et sociaux, et d'engager une collaboration et une communication efficace, au bénéfice du patient et de son entourage.

## **Bibliographie**

- Sylvie Klopfenstein-Crélerot, et Anne Bosc-Fishman. « Les six attributs du concept de « coordination dans le domaine des soins » p. 15 et 16 - Revue Soins N° 811 – décembre 2016

- DGOS : « Guide méthodologique : améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé? » paru en 2012

Site internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)

**LUNG Fanny**, sociologue, chercheuse associée au centre Emile Durkheim, directrice de SOFOR  
**BELLOCQ Cyril**, coordinateur éducatif, formateur SOFOR et IRTS  
**TRAUFLER Benjamin**, éducateur spécialisé en IME, formateur SOFOR et IRTS

## **De l'accompagnement des publics à celui des professionnels en contexte de désinstitutionnalisation : le travail d'équipe comme outil**

**Mots clés** : désinstitutionnalisation, travail d'équipe, projet personnalisé, accompagnement, inclusion.

### **Introduction**

« *Je ne reconnais plus le métier que j'ai connu, pour vous les jeunes, ça va être très dur ...* ». C'est par ces premiers mots qu'un collègue a accueilli Sabrina, stagiaire première année en formation d'éducateur spécialisé. Au-delà de l'aspect générationnel, cette introduction dans « *le métier* » marque l'importance du trouble que vivent les équipes du médico-social actuellement.

Suite à l'adoption des lois de 2002 et 2005, ce secteur d'activité est traversé par des changements profonds, qui viennent interroger les modalités et les dispositifs d'accompagnement. Les éducateurs repèrent au quotidien, dans leurs pratiques, les répercussions de ce contexte, marqué par la désinstitutionnalisation et la promotion des démarches inclusives. Certains peuvent s'inquiéter du risque de standardisation ou de séquençages des stratégies d'accompagnement, alors que ces dernières se doivent résolument d'être co-construites avec les usagers.

La relation d'accompagnement suppose en effet que « l'accompagnant incite l'accompagné à passer d'une position de prise en charge à celle de sujet-acteur » (PAUL, 2009). Ce principe éthique recèle des paradoxes, qui contribuent à redéfinir les missions et les identités professionnelles, et invite les accompagnants au défi d'une praxis, une pratique professionnelle sommée de réfléchir sur elle-même. Comment soutenir les processus d'autonomie des personnes, des professionnels, dans un système porteur de contraintes institutionnelles, quand l'accompagnement se trouve « lié à la mise en œuvre de conditions permettant l'instauration d'un travail de la pensée de la part de l'accompagné » (FUSTIER, 2000) ? Dans cette optique, les espaces de réflexion sur les pratiques professionnelles et leurs fondements semblent indispensables. Le travail d'équipe et l'interdisciplinarité deviennent garants d'une créativité pour les organisations, seule susceptible de (re)légitimer les institutions (PAUL, 2009).

A partir de plusieurs temps d'échanges partagés sur nos expériences et pratiques professionnelles, traversées actuellement par la mise en place de la désinstitutionnalisation dans un IME et la co-construction d'une formation sur ce même processus, nous avons choisi de nous interroger sur les conditions permettant l'émergence et la mise en œuvre d'un véritable accompagnement (visant subjectivation et autonomisation du sujet). Suite à ces temps d'élaboration collective, impulsés par notre envie de participer au colloque et qui ont pris la forme d'une série d'entretiens sociologiques collectifs, nous souhaitons valoriser plusieurs outils du travail en équipe qui nous paraissent indispensables au soutien d'une pratique professionnelle multidimensionnelle, créative et singulière pour chaque bénéficiaire. Nous montrerons que leurs mises en œuvre dans les dispositifs d'accompagnement participent à l'élaboration d'une clinique qui donne sens et assure une continuité dans les parcours. Ces propositions impliquent aussi de s'interroger sur la place et le rôle

des « hiérarchies » en tant que garantes des dispositifs. Les contraintes issues des réalités institutionnelles et sociales sont en effet à interroger comme éléments à part entière pour continuer à garantir un environnement de travail opérant et cohérent.

### **Eléments de contexte**

La loi de 1975 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, suivie de celles de 1979 et de 1989, propose une organisation de l'accueil des personnes en situation de handicap basée sur la protection et la garantie de leurs besoins « primaires ». Depuis 2002, les personnes peuvent accéder à leur dossier usager où sont inscrits leurs suivis thérapeutique, médical, social, etc. Ce droit pour l'usager a contribué à modifier le métier d'éducateur, notamment par la professionnalisation de ses écrits. Nous sommes passés du « parler sur » au « parler avec ». La place des écrits dans la profession d'éducateur spécialisé et plus généralement dans les métiers du soin et de l'action sociale a de fait évolué. Les dossiers ne sont plus seulement des traces à destination des collègues, ils deviennent un véritable outil au service de l'accompagnement. Ils peuvent être mobilisés par d'autres acteurs (en premier lieu l'usager et sa famille) et demandent alors plus de rigueur et amènent à de nouveaux enjeux, notamment celui de faire ressortir dans ces écrits, une dynamique de projet personnalisé pour chaque individu, permettant de rendre compte de ses besoins, de faire émerger des prestations, de définir des objectifs et donc, d'évaluer la relation d'accompagnement. Cette tendance a été renforcée par la loi de 2005 qui repositionne la personne ayant un handicap au cœur de ses droits et de l'accès à la citoyenneté.

### **Problématisation**

La notion d'accompagnement dans l'action sociale et le médico-social, si elle porte en elle-même des paradoxes, permet d'interroger les conditions qui favorisent les processus d'autonomie et de subjectivation chez les usagers ; conditions elles-mêmes dépendantes de celles mises en place pour garantir l'autonomie et la subjectivation des professionnels. Se pose alors les questions de qui accompagne les professionnels et comment s'organise cet accompagnement : nous interrogerons en conclusion la place et le rôle des encadrants dans ces attendus. Notre proposition est bien de concevoir l'accompagnement de chacun en se référant à l'image d'un millefeuille ou de différents niveaux d'enveloppes qui étayent successivement les usagers, les professionnels. Nous aurions pu élargir notre réflexion en intégrant les formateurs et en interrogeant leur position d'accompagnateur des professionnels et des équipes.

### **Conditions du travail d'équipe favorisant l'accompagnement en contexte de désinstitutionnalisation**

Les conditions favorisant l'accompagnement global du sujet sont liées d'abord au contexte social, décrit précédemment et à l'émergence et la poursuite de mouvements d'émancipation et de revendications des droits des personnes en situation de handicap. Puis, elles sont dépendantes du contexte local, ici celui d'un IME qui accompagne plus de 120 jeunes âgés de 6 à 20 ans et où un des services soutient depuis quelques mois la mise en place d'un coordinateur et d'une plateforme de services.

Dans ce(s) contexte(s), comment garantir/ justifier un accompagnement pour les jeunes, c'est-à-dire la création d'un lien, d'une relation intersubjective sous-tendue par un objectif principal, celui de participer activement au processus psychique de séparation/individuation ?

### **1 – Poser un cadre de travail préalable, inscrit dans – ou matérialisé par – le projet de service, élaboré et validé par l'ensemble des membres de l'équipe.**

Ce projet définit clairement les missions, les places et les fonctions de chacun (référént, coordinateur, etc.). En effet, nous avons pu observer que l'introduction des coordinateurs de parcours participait à questionner la place du référént éducatif, dont les missions sont à nos yeux essentielles pour garantir une personnalisation dans l'accompagnement. Le référént devient alors le garant de la mise en œuvre du projet personnalisé du jeune (et non pas seulement du jeune directement): il répond de son suivi, de son évaluation, de son réajustement. Cette place est centrale dans le sens où l'attention portée par le référént à chaque projet assure à l'accompagné, dont les interlocuteurs se sont désormais multipliés dans différents espaces, du lien et la garantie d'une continuité dans l'accompagnement.

Le coordinateur est celui qui facilite la mise en réseau entre les différents intervenants auprès du jeune. Il se doit d'être attentif et de connaître le cadre de travail des différents professionnels qui accompagnent le jeune et vérifier que chacun respecte les missions qui sont les siennes dans tel accompagnement.

### **2 – Penser l'accueil de l'utilisateur et poser en préalable la fin de l'accompagnement.**

Il s'agit d'explicitier au jeune et à sa famille au moment de la première rencontre que son accompagnement prendra fin à un moment donné. En inscrivant la question de l'accueil comme une étape et un moment clef du parcours d'accompagnement, nous facilitons la co-construction explicite d'un cadre à notre action, avec le jeune et sa famille. Ensemble peuvent être repérés initialement le champ des possibles, les besoins du jeune, les échéances, les étapes et une partie des cadres d'expériences qui lui seront proposées peuvent être présentées. L'accueil de l'utilisateur permet bien de poser le cadre du contrat didactique de chaque accompagnement à partir d'un engagement mutuel et de l'inscrire dans une temporalité. Cet engagement marque le début d'un travail en partenariat avec les acteurs familiaux, qui se révèlent déterminants dans le succès de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

### **3 – Le projet personnalisé est le garant de la temporalité de l'accompagnement et ce sont les espaces d'expérimentation proposés aux utilisateurs qui permettent de le mettre en œuvre.**

Le projet personnalisé participe à identifier différents outils et modalités d'accompagnement de l'utilisateur, en fonction d'objectifs généraux et opérationnels singuliers et des moyens disponibles. A partir de ces objectifs, se déclinent des cadres d'expériences spécifiques pour chaque jeune. Les expériences proposées aux jeunes et ce qu'ils y vivent, sont ainsi conçues comme les principaux supports de leur émancipation. La notion d'évaluation permet, elle, de réactualiser le projet personnalisé. En effet, si les espaces d'expérimentations proposés à chaque jeune dépendent des sous-objectifs opérationnels inscrits dans leur projet personnalisé, ces sous-objectifs fonctionnent comme des repères évaluables et permettant de remanier les modalités d'accompagnement et les cadres d'expérimentations proposés en fonction de la capacité du jeune à s'en saisir et à se les approprier. Si le projet personnalisé (PP) fait l'objet d'une évaluation annuelle, le référént notamment, doit être attentif à créer de nouvelles stratégies d'accompagnement si le jeune atteint en amont ceux fixés par le PP. C'est la dynamique de projet qui doit donner le tempo de l'accompagnement éducatif et pas l'inverse. Nous sommes ici au cœur de l'idée phare de la loi 2002 : l'utilisateur est au centre du dispositif. C'est l'institution, et par celle-ci, l'ensemble des professionnels, qui doivent pouvoir s'adapter à la singularité de l'utilisateur.

#### **4 – Le travail en interdisciplinarité et les réunions interprofessionnelles permettent le croisement des regards sur une situation entre les différents intervenants qui accompagnent le jeune.**

Ces espaces d'élaboration collective (réunions institutionnelles ou d'organisation ; réunions cliniques et sur les PP ; réunions de réseau ; coordinations ; groupes d'analyse des pratiques animés par une personne extérieure à l'institution), dont les objectifs et la régularité diffèrent, sont garants de la réévaluation du PP, des orientations possibles pour ce jeune, de la « distance » nécessaire à opérer dans certains accompagnements. Face aux évolutions actuelles, tant dans les modalités d'accompagnement que dans les missions, ces espaces sont de véritables outils pour la pratique de chaque professionnel – spécialiste et pour garantir la cohérence de leurs interventions. Ils permettent de soutenir le sens de chaque modalité d'intervention dans l'accompagnement, par le croisement de regards pluri-professionnels sur un même usager. Ces espaces participent également à réguler les pratiques individuelles et collectives, à les redéfinir le cas échéant, en lien avec une vision plus globale et partagée du jeune par les différents professionnels qui l'accompagnent. Ils sont les garants d'une pratique individuelle et collective étayée, en mouvement, cohérente et porteuse de sens.

Dans le contexte de désinstitutionnalisation, on observe par exemple à l'IME que la mise en place de ces conditions a favorisé une ouverture des possibles plus large pour les jeunes accompagnés (en termes d'orientation par exemple) et une dynamique positive au sein du service (chez les jeunes et les professionnels). La notion de « parcours » est venue remplacer celle « de prise en charge » par un changement notable dans les modalités d'accompagnement mises en œuvre et par la transversalité des projets, des regards, des échanges. La coordination autour des projets personnalisés participe d'un processus d'innovation/ création qui élargit les potentialités, les ressources et favorise un changement de regard sur le(ur) handicap, chez les usagers et les professionnels tout à la fois.

La coordination devient en même temps, un espace interface entre la vie institutionnelle, qui existe toujours, et les partenaires. Le coordinateur dans ses fonctions doit avoir un pied dans l'institution, au plus près des enjeux de l'accompagnement éducatif et des projets personnalisés, mais également avoir l'autre pied dans les dispositifs externalisés, de droit commun, etc. L'enjeu de l'interdisciplinarité dans le processus de désinstitutionnalisation réside aussi dans la capacité du coordinateur à faire le trait d'union entre acteurs extérieurs et intérieurs à l'établissement, et non plus seulement à se positionner comme un représentant de « l'intérieur ».

#### **5 – Aller vers l'extérieur et le social, pouvoir prendre des risques et être créatif, c'est favoriser l'inclusion.**

Loin d'un entre-soi, les professionnels du médico-social ont pour mission désormais d'accompagner les institutions sociales (l'école, le travail, le logement, etc.) dans les processus d'inclusion des personnes en situation de handicap. Ces rencontres renvoient parfois plus directement chaque professionnel à son statut de sujet-citoyen et participent à rappeler à ces derniers, les paradoxes inhérents à leurs missions (entre émancipation et aliénation, sécurité et risque, normalisation et individuation par exemple). En même temps, une ligne de fuite pour tenter de dépasser ces contradictions passe bien, nous semble-t-il, par cet impératif d'action sur le social et par le développement de projets en partenariats entre institutions spécifiques du médico-social et institutions sociales locales. Nous pouvons alors nous demander quelles sont les conditions mises en œuvre par les employeurs, les institutions du médico-social le cas échéant, pour accompagner les professionnels à la réalisation de ces objectifs ?

## Conclusion

Nous considérons alors qu'il s'agit ici d'interroger la place et les missions des encadrants dans nos institutions, dans un contexte marqué par un regroupement des microstructures de l'accompagnement dans des supra-institutions associatives dont dépendent une multitude d'établissements. Dans ces méta-structures, la hiérarchie se perd et se dissout, elle tend à se dématérialiser du quotidien, des professionnels et des usagers. Nous plaiderons ici pour des postes de cadres et/ou de directions de proximité. Leurs missions (directions) et leurs délégations de missions (cadres) sont également clairement définies dans le projet de service, dont ils sont les garants, qu'il leur revient d'élaborer de manière collaborative et de mettre en œuvre pour la cohérence du travail de l'équipe, et pas seulement pour les injonctions extérieures en termes d'évaluation et de financement. Les professionnels occupant des postes de cadres sont des membres de l'équipe. Ils ont pour mission de garantir des temps de coordination et d'élaboration pour l'ensemble des professionnels. Ils sont habilités à prendre une décision et à arbitrer quand des désaccords ne se résolvent pas par consensus au sein d'une équipe. Enfin, ils sont facilitateurs et personnes-ressource pour la mise en œuvre de projets culturels, économiques, d'innovation sociale, etc. Une partie de leurs missions est nous semble-t-il prospective, en étant « proactif » auprès des institutions et des partenaires sociaux au niveau de l'intégration sociale (afin de lutter contre la stigmatisation des handicaps pour favoriser l'inclusion) et en soutenant la formation des professionnels.

Afin de garantir aux bénéficiaires un accompagnement et non pas seulement une prise en charge de qualité, les espaces d'échanges et d'élaboration des questions éthiques et de déconstruction des injonctions paradoxales dans lesquelles nous sommes tous plongés nous paraissent une condition indispensable. Aussi, la mise en œuvre et l'articulation de projets à différentes échelles (PP, projet de service, projet d'association, projet d'action sociale, professionnelle et/ou culturelle en réseau) peuvent permettre de se saisir positivement des dynamiques actuelles ouvertes par la désinstitutionnalisation. En effet, ces processus doivent s'accompagner d'une ouverture résolue vers le social et d'une mobilisation des ressources locales, diverses et variables, inscrites dans des projets locaux partagés, fédérateurs et innovants. De ce côté du miroir, nous proposons d'investir des espaces collectifs locaux et mixtes (usagers, familles, professionnels, artistes, acteurs socio-économiques, élus, etc.) pour rêver, relancer notre créativité, ouvrir le champ des possibles par et dans notre engagement professionnel.

## Bibliographie

- DE GAULEJAC V. et HANIQUE F. (2015), *Le capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*, Paris, Seuil.
- FUSTIER P (2000), *Le lien d'accompagnement*, Paris, Dunod.
- GARDOU C. et POIZAT D. (2007), *Désinsulariser le handicap. Quelles ruptures pour quelles mutations culturelles ?* Toulouse, ERES.
- GUATTARI F. (2011), *Lignes de fuite. Pour un autre monde de possibles*, Editions de l'Aube.
- KAES R. (1976), *L'appareil psychique groupal. Construction du groupe*, Paris, Dunod.
- LOUBAT JR. (2005), *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod
- MEIRIEU P. Penser l'éducation et la formation [en ligne : [www.meirieu.com/cours/pensereducfor.pdf](http://www.meirieu.com/cours/pensereducfor.pdf)]
- PAUL M. (2009), « L'accompagnement dans le champ professionnel », *Savoirs 2009/2* (n°20).

**MAGNANT Aude**, Enseignante en lycée professionnel (filière ASSP)

Avec la participation de :

Mme LAPLAGNE, Professeur en lycée professionnel / Mme DUFOURG, coordinatrice pédagogique  
AGIR LANGON / Mme GANTEIL, inspectrice académique

## **La place des formations initiales professionnelles dans l'apprentissage de la notion d'accompagnement des personnes**

**Mots-clés** : Sensibilisation à l'accompagnement, enseignement professionnel

Enseigner les matières professionnelles en lycée demande une expérience professionnelle préalable. Dans notre académie, une très grande majorité des professeurs en sciences et techniques médico-sociales sont infirmier diplômé d'Etat ou travailleur social de formation initiale.

Ma communication a pour objectif de faire découvrir les filières initiales d'accompagnement à la personne proposées aux adolescents entrant en lycée professionnel, soit en post troisième. Puis présenter les notions professionnelles, en lien avec l'accompagnement, travaillées avec ces élèves bien avant leur intégration au sein de dispositifs de formations ou d'entreprises.

En fin de troisième, les jeunes souhaitant s'orienter dans l'accompagnement à la personne se trouvent devant un choix à effectuer entre 3 filières possibles : 2 relevant du ministère de L'Education Nationale (ASSP : Accompagnement, soins et Services à la Personne, et SPVL : Services de Proximité et Vie Locale) et un baccalauréat relevant du ministère de l'agriculture (SAPAT : Services Aux Personnes et Aux Territoires). Ces baccalauréats professionnels durent 3 ans et donnent un accès à un BEP intermédiaire en fin de 1ère. La valeur de ce BEP (Brevet d'Etudes Professionnelles) est reconnue par des équivalences d'importance dans des diplômes de type Auxiliaire de Puériculture, Mention Complémentaire d' Aide à Domicile, Aide-soignant, DE AES (Accompagnant Educatif et Social)...

Ces filières ont la particularité de leur proposer aux jeunes une intégration dense en milieu professionnel pour approfondir les notions étudiées en cours et de développer ainsi des compétences professionnelles applicables directement sur le terrain. ASSP et SPVL proposent 22 semaines en entreprise, tandis que SAPAT propose une alternance en entreprise variable selon les établissements de formation oscillant entre 21 à 42 semaines.

L'ensemble de ces formations permet aux élèves un accès aux concours des milieux sanitaire, social et médico-social en fonction de leurs particularités propres (ASSP : plutôt médico-social ou sanitaire, alors que SPVL plutôt social et médico-social et SAPAT pour une intégration en territoire rural). Les débouchés possibles sont aussi les BTS ESF (BTS Economie Sociale et Familiale) et SP3S (Services et Prestations des Secteurs Sanitaire et Social) ou bien entendu un accès direct à des emplois en milieu professionnel. Des équivalences d'importance sont délivrées à l'issue des formations :

- pour le Baccalauréat ASSP :

*Formation au D.E. Aide-Soignant* : 5 modules sur 8 dispensés pour les titulaires du baccalauréat (module 1 : Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne / module 4 : Ergonomie / module 6 : Hygiène des locaux hospitaliers / module 7 : Transmissions des informations / module 8 : Organisation du travail)

*Formation au D.E. Auxiliaire de Puériculture* : 4 modules sur 8 dispensés pour les titulaires du baccalauréat (module 4 : ergonomie / module 6 : hygiène des locaux / module 7 : transmission des informations / module 8 : organisation du travail)

- pour le Baccalauréat SPVL :

*BP JEPS (Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport)* : 40 % de dispense  
*DE Moniteur Educateur* : 25 % de dispense

*DE TISF (Diplôme d'État de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale)* : 33 % de dispense

- pour le Baccalauréat SAPAT :

*Formation au D.E. Aide-soignant* : 4 modules sur 8 dispensés pour les titulaires du baccalauréat (Module 1 : Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne / module 4 : Ergonomie / module 7 : Transmissions des informations / module 8 : Organisation du travail)

*Formation au D.E. Auxiliaire de Puériculture* : 3 modules sur 8 dispensés pour les titulaires du baccalauréat (module 4 : ergonomie / module 6 : hygiène des locaux / module 7 : transmission des informations / module 8 : organisation du travail)

En ce qui concerne la Mention Complémentaire d'Aide à Domicile, selon le diplôme précédemment obtenu, un certain nombre d'équivalences est attribué en fonction des compétences.

Le CAP Petite Enfance, en cours de changement pour devenir « L'accompagnant éducatif de la Petite Enfance », sera mis en route à compter de septembre 2017. Des équivalences seront aussi possibles avec ce diplôme, mais à ce jour les statuts ne sont pas encore parus.

La notion d'accompagnement est une notion primordiale dans l'acquisition de compétences professionnelles et est d'ailleurs positionnée de manière centrale au sein des épreuves de passage du baccalauréat à fort coefficient :

ASSP : conception d'un projet individualisé d'un usager accompagné en entreprise

SPVL : préparation et mise en œuvre d'un projet d'activités ou d'actions

SAPAT : accompagnement au quotidien

Dès la seconde, les élèves sont appelés à réfléchir sur les besoins et les demandes des usagers, dans toutes leurs complexités et leurs diversités.

Chaque élève est amené à analyser les prises en charge rencontrées aussi bien en PFMP (Période de Formation en Milieu Professionnel) qu'en cours pour y déceler la personnalisation des prises en charge.



Par des méthodes pédagogiques centrées sur des contextes professionnels réalistes et étayés, analysés d'abord en groupe puis en individuel, les élèves sont amenés à se projeter perpétuellement dans une démarche professionnelle bienveillante et soucieuse de l'autre dans le respect de ses capacités et de ses choix par une approche globale de la personne.

Pour cela, d'une manière pédagogiquement évolutive, les élèves apprennent à identifier les besoins des usagers et les propositions qu'ils peuvent émettre pour accompagner cet usager sans être dans « le faire » à tout prix mais plutôt dans « le faire avec ».

L'objectif est que ces élèves comprennent que l'action réalisée n'est qu'un support à la relation d'accompagnement, un « objet-tiers »<sup>57</sup> et non la finalité de la prise en charge afin qu'ils les accompagnent dans leur propre cheminement.

L'ensemble des savoirs associés enseignés apporte à ces élèves des connaissances qui servent de socle pour analyser les situations dans leur ensemble : la bientraitance, la relation personne aidante – personne aidée, la méthodologie de projet, les cadres institutionnels et organisationnels, la connaissance du terrain d'actions, les publics rencontrés, la communication en milieu professionnel, la notion de qualité de services ou encore le cadre juridique.

La capacité à faire du lien entre les savoirs associés et les compétences travaillées demande bien entendu du temps et aussi une certaine maturité qui surviennent peu à peu au cours de la formation, et notamment par les immersions en milieu professionnel.

Notre objectif est à la fois d'amorcer cette capacité d'analyse de situation, condition sine qua non à une démarche d'accompagnement, mais aussi de stimuler leur curiosité intellectuelle qui va leur permettre de murir encore dans leur processus intellectuel.

Ces jeunes sont formés entre l'âge de 15 à 20 ans et peuvent par la suite s'insérer dans des dispositifs de formation, qu'ils soient paramédicaux ou sociaux, en ayant déjà été imprégnés des valeurs de respect des capacités de chacun, de bienveillance, de bientraitance. Bien qu'ils soient de jeunes adultes à la sortie du baccalauréat, ils ont pour la plupart une certaine maturité et un positionnement professionnel déjà réfléchi, qui combinés à une poursuite d'études dans ce domaine, pourra les amener à être des professionnels de l'accompagnement au plus près des besoins des usagers, connaissant le terrain d'actions et ses possibilités.

Ces élèves ne sont pas formés à devenir des exécutants mais bien des futurs professionnels qui réfléchissent à leurs pratiques et à leur positionnement devant et avec l'usager.

---

<sup>57</sup> Selon le sens donné par Mme Maela PAUL dans son ouvrage « L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique ». Ed L'Harmattan

## **Accompagnement des personnes handicapées mentales : approche par l'identité sociale**

**Résumé :** *L'accompagnement des personnes handicapées mentales reste un terme difficile à définir. A défaut de définition, ce sont de bonnes pratiques professionnelles qui sont mises en avant, mais celles-ci seules ne suffisent pas à penser l'action de manière cohérente. Cet article aborde la question par le biais de l'identité sociale et propose une approche qui relie la participation sociale, l'accompagnement et le projet personnalisé et suggère des pistes pour la mettre en œuvre.*

**Abstract :** *The care and support of intellectually disabled persons is a difficult-to-define concept. In the absence of a definition, best practices are put forward but, by themselves, these are inadequate to guide coherent actions. This article approaches the subject from the point of view of social identity and proposes an approach that links together social participation, care and support, and the personalised project and suggests possible ways of putting it to work.*

**Mots clés :** *accompagnement, handicap mental, participation sociale, identité sociale, projet personnalisé*

**Keywords :** *care and support, intellectual disability, social participation, social identity, personalised plan*

L'accompagnement, bien qu'au cœur de l'action sociale, reste une notion difficile à définir. Il est décrit, entre autres, comme une notion floue, car ses contours, son « périmètre », ses définitions sont aussi vagues que sa présence est insistante et récurrente dans tous les discours concernant les personnes en situation de handicap, (Stiker, Puig, & Huet, 2009) ou comme terme irritant, car véritable fourre-tout, où se mêlent une foule de métiers, de situations, de publics et de pratiques. (Paul, 2009).

Les raisons en sont multiples. Les termes pour désigner cette démarche ont changé au cours des années : ainsi est-on passé de l'assistance à l'aide, à la protection, au suivi, à la prise en charge, puis à l'approche globale et à la notion d'intervention, et finalement à l'accompagnement à partir de 1985,(Paul, 2009).

Ensuite, on peut accompagner une personne de différentes manières, ce peut être dans les actes de la vie quotidienne (repas, toilettes) ou pour des personnes plus autonomes, les aider à accomplir des démarches administratives. Ce peut être aussi la mise en place d'activités, d'animations destinées par exemple au maintien des acquis, ou bien à faire évoluer une fonction dont on a observé l'émergence (Huet, 2008).

Enfin, la pratique diffère selon les secteurs d'application, les institutions, le profil (ou le style) de chaque praticien. Cela a pour caractéristique de devoir être adapté à chaque situation : coaching, conseil, tutorat, mentoring, compagnonnage, sponsoring et médiation (Paul, 2002).

La législation n'éclaircit pas vraiment la situation non plus. Dans la loi du 11 février 2005, même si le mot d'accompagnement fait son apparition, c'est le mot d'aide qui reste prépondérant (Stiker et al., 2009).

A défaut de définition, on met en avant des bonnes pratiques : un compagnonnage à la fois discret et proche, sensible sans intrusion, teinté d'amitié, mais loin d'une intimité qui empêcherait l'éloignement et le changement, attentif aux désirs et à l'évolution des personnes, soucieux de leur autonomie tout en garantissant leur sécurité (Stiker, 2012).

Les bonnes pratiques seules ne suffisent toutefois pas à penser l'action de manière cohérente, car elles ne fournissent ni caps ni objectifs. Par conséquent, on pourrait imaginer une situation où tout serait fait en respectant des bonnes pratiques, pour un résultat insignifiant *in fine*, en raison d'objectifs multiples sans cohérence interne ou d'absence de cap.

Y a-t-il malgré tout un fil conducteur qui relie tout ce qu'englobe le terme d'accompagnement ? La définition relativement univoque d'accompagner - se joindre à qqn / pour aller où il va / en même temps que lui - précise une organisation du sens selon trois dimensions (interdépendantes) : relationnelle : se joindre à qqn ; temporelle : être avec en même temps ; spatiale : pour aller où il va (Paul, 2007). Mais pour aller où ?

La participation sociale, au cœur des réflexions entourant les personnes atteintes d'une déficience tant au plan national qu'international (Ebersold, 2002), fournit un bon point de départ.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé – CIF (OMS, 2001), définit la participation comme le fait de prendre part à une situation de vie réelle : engager une conversation, utiliser les transports en commun, faire des courses, etc.

Le modèle de développement humain - processus de production du handicap (MDH-PPH) relie la participation sociale à la réalisation d'habitudes de vie - des activités courantes (la prise des repas, les communications, les déplacements) ou des rôles sociaux (aller à l'école, avoir des relations sociales, participer à des loisirs) qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société (Fougeyrollas et al., 2001).

Dans les deux cas, CIF et MDH-PPH, il s'agit de moyens et non de fins et, à ce titre, ces définitions ne sont pas « opérantes ». Elles peuvent servir à évaluer des personnes, mais n'aident pas les professionnels du médico-social à penser leurs actions dans un cadre cohérent. En d'autres termes, confrontés à la CIF ou au MDH-PPH, comment choisit-on des activités à développer chez une personne ? Est-ce que l'on vise le développement de toutes les activités dans tous les domaines ? Et si oui, dans quel ordre ? Sinon, comment en choisir ou en éliminer, et pourquoi les unes plutôt que des autres ? Ces définitions sont toutefois nécessaires bien que non suffisantes.

En effet, "engager une conversation" n'est pas une fin en soi. Autrement dit, nous n'engageons pas une conversation juste pour engager une conversation et ceci avec n'importe qui ; nous engageons une conversation pour rentrer en contact et communiquer avec quelqu'un en particulier ; cette relation se déroule dans le cadre d'une interaction sociale ; cette interaction sociale met en jeu des identités sociales.

En effet, toutes les situations de participation sociale mettent en jeu des identités sociales, plus ou moins bien définies, plus ou moins valorisées, plus ou moins reconnues. A titre d'exemple, *lancer* (d4454 au CIF) ou *attraper* (d4455) évoquent un joueur ou un sportif ; conduire des véhicules motorisés (d4751), un conducteur ou un chauffeur ; louer un logement (d6101), un locataire. Ainsi, on peut être élève à l'école, enfant à la maison, camarade sur le terrain de jeu, travailleur à l'ESAT, etc., car nos identités sont multiples.

**Nous pourrions donc définir la participation sociale comme l'expression de nos identités sociales.**

Pourquoi s'intéresser autant à la participation sociale ?

Le modèle actuel de la protection sociale des personnes handicapées est centré sur l'accueil en milieu protégé, bien que davantage de personnes vivent en dehors de ce milieu que dedans.

Le modèle participatif, toutefois, entend dépasser le reclassement de la personne dite handicapée au profit de sa citoyenneté. Il revendique une égalité de traitement de la personne dite handicapée afin qu'elle détienne, au même titre que n'importe qui, l'ensemble des ressources lui permettant de faire des choix, de mener une vie aussi indépendante que possible et de participer activement à la vie de la cité (Ebersold, 2002).

Se donner la participation sociale et la citoyenneté comme objectifs est une évolution majeure dans les politiques publiques. Aller vers l'inclusion sociale implique que la personne ne soit plus accueillie en milieu protégé mais vive en société avec les mêmes droits que tout un chacun.

Toutefois, le passage du milieu protégé vers le milieu ordinaire n'est pas anodin. Les deux milieux ne sont pas régis par les mêmes règles sociales. Il ne s'agit donc pas d'un simple déplacement géographique mais d'un changement d'univers qui met en jeu les identités mêmes des personnes concernées.

L'intégration d'une personne à un groupe est basée sur son identité sociale et cette appartenance lui apporte protection et reconnaissance sociale. Mais pour qu'il y ait reconnaissance sociale il faut s'appuyer sur les mêmes bases d'identité sociale que son entourage. Or les formes identitaires du milieu protégé ne sont pas celles du milieu ordinaire.

Claude Dubar distingue deux formes identitaires, les formes identitaires communautaires et les formes identitaires sociétares (Dubar, 2010).

Les formes identitaires communautaires attribuent à chaque individu une appartenance considérée comme principale en tant que membre de sa « communauté » et une position singulière en tant qu'occupant.

Les formes identitaires sociétares, plus récentes, supposent l'existence de collectifs multiples, variables, éphémères auxquels les individus adhèrent pour des périodes limitées et qui leur fournissent des ressources d'identification qu'ils gèrent de manière diverse et provisoire. Chacun possède de multiples appartenances qui peuvent changer au cours d'une vie.

Sans qu'il y ait un recouvrement parfait et bien que ces deux formes ne soient pas tout à fait exclusives, les formes identitaires en milieu protégé correspondent davantage aux formes communautaires qu'aux formes sociétares.

Passer du milieu protégé au milieu ordinaire, c'est passer, en quelque sorte, d'identités attribuées aux identités acquises.

Ces deux grandes formes sociales mettent chacune en jeu la double identification, pour autrui et pour soi. Les identifications attribuées par les autres sont les « identités pour autrui » et les identifications revendiquées par soi-même les « identités pour soi » (Dubar, 2010). Dans les deux cas, l'identification utilise des catégories socialement disponibles (Dubar, 2015).

Or, l'identité sociale d'une personne handicapée mentale en milieu protégé est construite principalement à partir de sa déficience et de son statut : personne handicapée, personne déficiente intellectuelle, usager, personne accueillie, bénéficiaire, travailleur handicapé, etc. Ces catégories ne sont ni réellement connues, ni reconnues, en milieu ordinaire. La personne handicapée doit donc se construire de nouvelles identités en puisant dans des catégories socialement disponibles en milieu ordinaire.

Le modèle participatif vers lequel tendent les politiques sociales vise à développer la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées en milieu ordinaire. Nous avons proposé de

définir la participation sociale comme l'expression de nos identités sociales et avons vu que l'inclusion sociale implique la reconstruction identitaire.

**Dans ce contexte, l'accompagnement consisterait à aider la personne à identifier et à construire les identités sociales qui lui permettent de mener la vie qu'elle a des raisons de valoriser.**

Toutefois, pour mettre en œuvre l'accompagnement sous cette forme, il est nécessaire de le relier au projet personnalisé. C'est un élément essentiel dans l'accompagnement de la personne handicapée. Il est au cœur des pratiques car il détermine le type d'accompagnement et les prestations qui seront proposées à la personne handicapée.

La recommandation publiée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (l'ANESM) intitulé « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » vise à favoriser l'expression et la participation de l'utilisateur à la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne. Elle détaille les bonnes pratiques professionnelles associées à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de projets personnalisés, mais n'en impose pas les modalités.

Les outils qui facilitent l'élaboration des projets professionnels tel le MAP (Modèle d'Accompagnement Personnalisé) qui propose un modèle pour adapter et évaluer les accompagnements destinés aux personnes handicapées mentales<sup>58</sup> ou AIRMES, présenté comme un logiciel d'aide à l'accompagnement et l'évaluation de la personne en situation de handicap<sup>59</sup>, sont compatibles avec la classification de l'OMS et s'appuient donc sur une structure similaire.

Toutefois, une approche par tâches et compétences est mieux adaptée à l'observation et à l'évaluation qu'au recueil des attentes. Ce qui manque est un fil conducteur pour relier les différentes dimensions de la vie de la personne et ses aspirations éventuelles.

Le récit de vie peut fournir un tel fil conducteur et créer ces liens. Entre autres, raconter sa vie relie des événements disparates dans le temps et dans l'espace pour leur donner une cohérence, relie le narrateur à celui qui l'écoute et aux personnes et aux lieux qui peuplent ses récits. Il dévoile sa vision du monde car les récits ne sont jamais neutres sur le plan éthique (Meininger, 2010).

Mise en récit, l'identité personnelle devient narrative. Trouver l'intrigue d'une narration, c'est comprendre et énoncer, à un moment donné de son existence, quel est le lien entre des expériences diverses. L'identité narrative est une construction, en situation, par un sujet, d'un agencement de ses expériences signifiantes (Dubar, 2010).

C'est la sorte d'identité à laquelle un être humain accède grâce à la médiation de la fonction narrative, la mise en récit de manière concordante des événements de son existence afin de lui donner un sens. Le récit construit le caractère durable d'un personnage, qu'on peut appeler son identité narrative, en construisant la sorte d'identité dynamique propre à l'intrigue qui fait l'identité du personnage (Ricoeur 1988).

En racontant une histoire, on jette un pont entre mémoire et espérance, entre confronter son passé et scruter un avenir inconnu (Meininger, 2010). On peut s'appuyer sur ce lien entre passé et futur pour faire le lien entre l'accompagnement tel que défini plus haut et le projet personnalisé.

Amener la personne handicapée mentale à décrire sous forme de récit l'avenir qu'elle envisage permet d'identifier les situations de vie à fixer comme objectifs à atteindre, d'une part, et les identités sociales qui s'expriment dans ces situations, d'autre part, et qui sont donc à construire.

Ces récits seront forcément simples dans un premier temps, la personne comme les professionnels n'en ayant pas l'expérience, mais on peut supposer qu'avec le temps ils seront plus élaborés.

---

<sup>58</sup> <http://www.unapei.org/Le-modele-d-accompagnement.html>, consulté le 28/05/2017

<sup>59</sup> <http://www.airmes.eu/>, consulté le 28/05/2017

**Le projet personnalisé prend donc la forme d'un récit de vie « anticipé » à partir de laquelle les professionnels élaborent leurs stratégies d'accompagnement pour aider à la construction des identités sociales qui s'y expriment.**

Mais comment aider les personnes à construire ces identités sociales ?

Les conditions requises pour une alternation, la transformation quasi-totale de la réalité subjective où la personne « change d'univers », offrent des pistes intéressantes (Berger & Luckmann, 1991) :

- une « structure de plausibilité » efficace que constituent la base sociale et les processus sociaux nécessaires au maintien de la réalité subjective en confirmant « l'identité pour soi » de la personne.

- des autres significatifs qui sont les principaux agents du maintien de sa réalité subjective. Ils servent de médiateurs des structures de plausibilité et avec qui la personne doit établir une identification fortement affective.

- un « appareil de conversation » qui reconstruit et maintient la réalité subjective. La conversation est le véhicule principal du maintien de la réalité subjective.

Différentes possibilités s'offrent aux établissements pour réunir des conditions similaires : des structures sociales de transition (ESAT, appartements d'application, ..); les professionnels qui agissent déjà en autres significatifs ; des entretiens, groupes de parole, etc. pour faciliter les échanges.

En conclusion, cette approche tente d'apporter une contribution globale, cohérente et pratique à la réflexion sur l'inclusion sociale, un concept plutôt anglo-saxon et scandinave, pour lequel nous manquons de repères. Mais, pour autant, elle ne représente pas une ambition démesurée. Il est à noter que 80% des déficiences intellectuelles se situent dans la zone des retards légers. Ces personnes font preuve d'une autonomie relative dans différents domaines de la vie quotidienne. Leur accessibilité à la vie sociale peut être augmentée en proposant des aménagements qui réduisent la complexité cognitive de l'environnement lorsqu'elle est inutile et fournissent des aides pour l'affronter lorsqu'elle est inévitable (Courbois & Paour, 2007).

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1991). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Penguin UK.

Courbois, Y. & Paour, J.-L. (2007). Le retard mental. In S. Ionescu & A. Blanchet (Ed.), *Psychologie du développement et de l'éducation* (pp. 377–406). Presses Universitaires de France.

Dubar, C. (2010). *La crise des identités: l'interprétation d'une mutation*. Presses universitaires de France.

Dubar, C. (2015). *La socialisation-5e édition: Construction des identités sociales et professionnelles*. Armand Colin.

Ebersold, S. (2002). Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations: du désavantage à la participation sociale. *Análise Psicológica*, 20(3), 281–290.

Fougeyrollas, P., Noreau, L., Lepage, C., Boissière, L., Picard, R. & St Michel, G. (2001). La mesure des habitudes de vie.

- Huet, O. (2008). Comment former des professionnels à l'accompagnement. *Communication Présentée Dans Le Cadre Du Séminaire I= MC2: Qu'est-Ce Que Accompagner.*
- Meininger, H. P. (2010). Connecting stories: A narrative approach of social inclusion of persons with intellectual disability. *ALTER-European Journal of Disability Research/Revue Européenne de Recherche Sur Le Handicap*, 4(3), 190–202.
- OMS. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.* Organisation mondiale de la santé.
- Paul, M. (2002). L'accompagnement: une nébuleuse. *Éducation Permanente*, 153, 43–56.
- Paul, M. (2007). Ce qu'accompagner veut dire. *Revue Scientifique Carriérologie*, 9, 14.
- Paul, M. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, (2), 11–63.
- Stiker, H.-J. (2012). Du "cure" au "care" ? L'accompagnement. *VST-Vie Sociale et Traitements*, (3), 72–75.
- Stiker, H.-J., Puig, J. & Huet, O. (2009). *Handicap et accompagnement: nouvelles attentes, nouvelles pratiques.* Dunod.

## Une ingénierie coopérative dans un ESAT, un collectif pour penser l'accompagnement

*Un exemple emblématique : un outil d'aide pour les travailleurs des espaces verts*

**Mots-clés :** ingénierie coopérative, dispositif didactique innovant, collectif de professionnels d'un ESAT, enquête collective.

Le rapport au sénat « Réussir 2015 », montre que « le handicap cognitif requiert des réponses spécifiques en particulier sur l'éducation, l'enseignement et l'emploi » (Campion, p.75). Dans un même temps, l'APEI Ouest 44<sup>60</sup>, association du secteur médico-social, s'est interrogée sur la place accordée aux savoirs fondamentaux (Lire, écrire et compter) pour les adultes de ses établissements et services. Elle a fait appel à un enseignant spécialisé de l'Éducation Nationale. Ce dernier partage le même questionnement relatif à l'enseignement-apprentissage des savoirs fondamentaux. S'est donc mis en place une *ingénierie coopérative*, dispositif innovant dans un de ses établissements et services d'aide par le travail (ESAT). C'est l'objet de notre recherche.

Notre cadre théorique s'ancre dans la théorie de l'action conjointe en didactique (Sensevy, 2011) qui tente de comprendre l'enseignement et l'apprentissage en contexte. Notre méthodologie, à la fois ethnographique et clinique (Leutenegger, 2000), se fonde aussi sur une approche collaborative (Desgagné et al. 2001, Marlot, Toullec-Théry et Daguzon, accepté).

Notre *ingénierie coopérative* regroupe un chercheur et des professionnels<sup>61</sup> volontaires de l'ESAT. Elle a une double ambition : engager une réflexion pluricatégorielle, centrée sur l'accompagnement des travailleurs d'ESAT ; créer un espace de rapprochement entre les cultures des différents acteurs.

Dans cet article, nous souhaitons montrer, comment une ingénierie coopérative devient un vecteur de compréhension et de transformation de pratiques. Pour ce faire, nous allons nous appuyer sur un exemple emblématique<sup>62</sup> (Joffredo-Lebrun 2016, Sensevy 2014) à savoir la création et la transformation d'un outil d'aide destiné aux travailleurs de l'atelier des espaces verts de l'ESAT.

Après une présentation générale de l'étude, nous allons décrire l'évolution progressive de cet outil d'aide.

### QU'EST-CE QU'UNE INGENIERIE COOPERATIVE ?

Sensevy (2011) a défini une ingénierie coopérative comme un lieu de partage de pratique avec un *principe de symétrie* : chacun a la responsabilité de s'exprimer ; dans un même temps, il faut

---

<sup>60</sup>L'APEI Ouest 44 est une association gestionnaire du secteur médico-social de parents de personnes en situation de handicap intellectuel.

<sup>61</sup>Il s'agit d'une part, de professionnels qui agissent directement auprès des travailleurs, en l'occurrence, neuf moniteurs d'atelier (deux monitrices de l'atelier restauration, deux moniteurs de l'atelier serre et cinq moniteurs de l'atelier espaces verts) et une aide médico-psychologique de la section annexe de l'ESAT (SA-ESAT), et d'autre part, des professionnels qui contribuent d'une certaine manière aux projets personnalisés d'accompagnement des travailleurs : le moniteur principal d'atelier, le chargé QSE (qualité sécurité environnement) et la coordonnatrice de l'accompagnement socio-professionnel.

<sup>62</sup>Un *exemple emblématique* a vocation de devenir à terme un *exemple exemplaire* « exemplar » au sens de Kuhn, c'est-à-dire « des solutions de problèmes concrets, acceptées par le groupe comme paradigmatiques, au sens tout à fait usuel du terme » (Kuhn, 1990, Sensevy, 2011). Outre sa *fonction didactique* (transmettre une pratique), l'exemple exemplaire a une *fonction épistémologique* : il permet de caractériser une pratique et de la comprendre.



s'approprier les expressions des autres. Aussi, la mise en place d'une ingénierie coopérative nécessite de créer un espace de confiance réciproque entre les acteurs. C'est pourquoi, elle se construit *progressivement* dans un *long* travail d'enquête collective dont l'objet est de résoudre ensemble des *problèmes*.

Nous entendons par *problème* « toute situation qui confronte une personne à une difficulté d'action »<sup>63</sup>. Ainsi, le collectif réuni dans l'ingénierie coopérative va construire ensemble des solutions qui seront discutées et négociées. Elles seront par la suite expérimentées en situation. L'objet de l'enquête collective est d'analyser si la solution permet de dépasser la difficulté d'action repérée en situation.

L'ingénierie coopérative est un processus qui constitue un levier de *compréhension de pratique* et, dans un même temps, un levier de *transformation de pratique* comme le montre le « schéma Deweyen » (Sensevy et al. 2013).

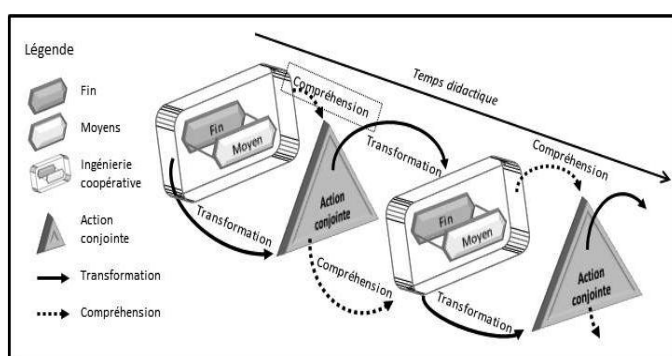


Schéma 1 : compréhension et transformation

Pour résoudre un problème particulier, le collectif va inventer des solutions et donc transformer de fait une pratique existante. Mais, dans un même temps, en réfléchissant à cette solution, le collectif est amené à comprendre ladite pratique. Il s'opère donc un mouvement qualifié de « deweyen » (Ibid.) consistant à comprendre pour transformer pour comprendre pour transformer, etc.

En parallèle, pour résoudre le problème, il faut penser à des *moyens*. Ces *moyens* sont, dans un même temps, ce qui constitue l'objet de l'enquête, la *fin*. *Fins* et *moyens* sont donc indissociables. Par exemple, je dois franchir une rivière. C'est le problème. Un moyen pour le résoudre peut être la construction d'un pont. Ce pont en devenant le but de mon action, constitue aussi sa fin.

Ces éclairages apportés, examinons plus concrètement l'ingénierie coopérative de notre étude.

### UNE INGENIERIE COOPERATIVE DANS UN ESAT : DEUX ACTIONS COMPLEMENTAIRES

Le choix d'une ingénierie coopérative a permis d'envisager que l'action de l'enseignant-formateur<sup>64</sup> auprès des travailleurs de l'ESAT, ne soit pas *juxtaposée* aux autres actions. D'ores et déjà, il nous faut préciser un aspect particulier de notre étude ; nous sommes l'enseignant-formateur, le chercheur et l'ingénieur<sup>65</sup>.

Après un travail de prise de contact, des professionnels de l'ESAT ont choisi de participer au projet. Il a débuté auprès de dix travailleurs d'ESAT volontaires. Ils présentaient des profils différents, la visée

<sup>63</sup>Sensevy, G. (2017). Intervention. *Séminaire "Action"*. Rennes : Université Bretagne Occidentale.

<sup>64</sup>Le terme d'enseignant-formateur a été choisi dans une concertation entre moniteurs et cadres de l'association.

<sup>65</sup>En tant qu'ingénieur, nous avons assumé la responsabilité d'organiser et d'encadrer les réunions regroupant les acteurs de l'ingénierie coopérative de l'ESAT, soutenue par la direction générale et par les cadres de l'ESAT.

commune étant de s'appuyer sur leurs compétences pour progresser dans des domaines où ils étaient plus en difficultés. Par exemple, s'appuyer sur le fait qu'un travailleur soit lecteur pour lui permettre de progresser dans les savoir-faire professionnels. Ou bien, s'appuyer sur les compétences professionnelles d'un autre, pour lui permettre de progresser dans la lecture.

Dans sa mise en œuvre, le projet s'est appuyé sur deux actions complémentaires :

- l'enseignant-formateur est intervenu directement dans les ateliers<sup>66</sup> de l'ESAT, auprès d'un ou deux travailleurs. Il a mené des séances co-construites avec le moniteur d'atelier. Les coopérations moniteurs, enseignant-formateur et travailleurs sont appelées des *micro-ingénieries coopératives* ;
- douze réunions de l'ingénierie coopérative ont réuni l'ensemble des professionnels volontaires. Elles ont jalonné le dispositif tout au long de son déploiement. Ces réunions constituent la *macro-ingénierie coopérative*.

Examinons maintenant notre exemple qualifié d'emblématique, dans le sens où il permet de caractériser une pratique de l'ingénierie coopérative de l'ESAT et donc de la comprendre.

### **UN EXEMPLE EMBLEMATIQUE : UN OUTIL D'AIDE POUR TOUS LES TRAVAILLEURS DES ESPACES VERTS**

Alors qu'un rythme commence à être trouvé dans les coopérations moniteur/travailleurs/enseignant-formateur dans les ateliers (les micro-ingénieries coopératives), l'ingénieur organise en parallèle, la première réunion d'ingénierie coopérative (IC1). Cette première rencontre de tous les professionnels consiste à ce que chacun découvre les actions menées au sein des différents ateliers, actions visant à résoudre des problèmes spécifiques au(x) travailleur(s) concerné(s) par le projet. Parmi les problèmes présentés, un des moniteurs des espaces verts souhaitait que les travailleurs de son équipe puissent anticiper les actions à venir sur un chantier des espaces verts. Par exemple, que les travailleurs sachent que, sur tel chantier, il faille tailler une haie. Nous formulons ce problème ainsi « permettre aux travailleurs des espaces verts d'anticiper le chantier ».

Pour tenter de le résoudre, dans les premiers pas de la coopération dans l'atelier (*in situ*), le moniteur et l'enseignant-formateur ont envisagé une solution. Cette solution s'appuie sur les compétences de lectrices des deux travailleuses de l'équipe concernées par le projet. Les interventions de l'enseignant-formateur, *in situ*, consistent alors à les accompagner dans la fabrication d'un  *carnet de chantier*, nom de l'outil d'aide matérialisant ladite solution. Le moniteur d'atelier y contribue en apportant des précisions sur l'activité professionnelle des espaces verts.

Ce problème devient, par la suite, le premier problème soumis à l'ingénierie coopérative. Lors de la seconde réunion (IC2), le collectif inaugure donc le travail d'enquête en cherchant à trouver des solutions pour résoudre ce problème « permettre aux travailleurs d'anticiper le chantier ». Pour guider l'enquête, l'ingénieur a réfléchi en amont à des questions : « à quoi l'outil va-t-il servir ? », « à qui s'adresse-t-il » ou « comment le formaliser ? ». Aidé des professionnels des espaces verts, l'ingénieur a collecté également un certain nombre d'outils d'aide existants dans l'ESAT. Au cours de la réunion, le collectif va élaborer ensemble une liste de critères à retenir pour concevoir l'outil d'aide appelé, dès lors, *guide de chantier*.

---

<sup>66</sup>Les activités professionnelles des ESAT se pratiquent sous la forme d'ateliers. Des travailleurs y sont encadrés par des moniteurs d'atelier spécialistes de l'activité professionnelle en question.

Par la suite, les travailleuses, accompagnées de l'enseignant-formateur, fabriquent *in situ* le guide de chantier. Elles le considèrent comme une solution non satisfaisante. Il est très exhaustif et comprend *dix-huit* pages. Nous en voyons un aperçu ci-dessous (illustration 1).

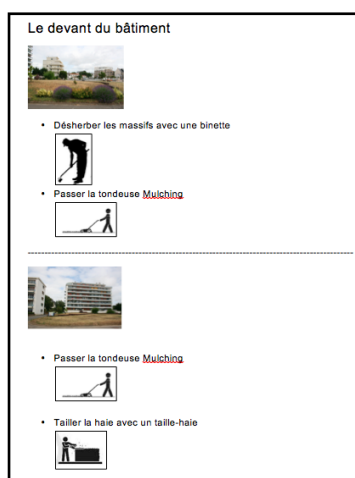


Illustration 1 : une des dix-huit pages du guide de chantier

L'ingénieur soumet malgré tout ce guide de chantier *en l'état* au collectif lors de la troisième réunion (IC3). Au-delà de devenir le problème de tous (des moniteurs d'ateliers étaient absents en IC2), le travail d'enquête collectif consiste, en IC3, à réfléchir à des pistes d'amélioration du guide de chantier, pour notamment le réduire. En effet, en IC2, le collectif avait décidé de le reproduire pour l'ensemble des *deux cents* chantiers des espaces verts de l'ESAT. Finalement, une nouvelle solution émerge : les devis en facile à lire et à comprendre<sup>67</sup> (FALC).

Dans l'atelier, les travailleuses, toujours accompagnées par l'enseignant-formateur, construisent cette nouvelle solution, les devis en FALC, à partir des indications imaginées par le collectif en IC3. Cette fois-ci, les travailleuses et leurs collègues la jugent, comme solution satisfaisante au problème. Nous proposons un aperçu ci-dessous (Illustration 2).

Devis Le grand Moulin		
<b>Les pelouses</b>		
10 fois 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Passer la débroussailluse	
	Tondre	
	ramasser	
<b>Les massifs</b>		
2 fois 1 2	Tailler	
1 fois 1	Bêcher	
<b>Les allées</b>		
	Balayer	
	Ramasser	
	Passer la souffleuse	
2 fois 1 2	Les MONITEURS passent le désherbant	

Illustration 2 : un devis en FALC

<sup>67</sup> Une réflexion est engagée au niveau européen visant à rendre l'information accessible à tous. Dans ce sens, un guide, appelé « guide du facile à lire et à comprendre » a été édité. C'est un support d'accompagnement dans la production de document ayant cette ambition.

Des exemplaires de devis en FALC sont donc présentés lors de la cinquième réunion (IC5)<sup>68</sup>. Cette fois-ci, à l’instar des travailleurs, le collectif trouve la solution comme répondant au problème « permettre aux travailleurs d’anticiper les chantiers des espaces verts » de manière acceptable. Dès lors, l’ensemble des devis de deux équipes des espaces verts est repris sous la forme, devis en FALC, par trois travailleuses lectrices du projet, accompagnées par l’enseignant-formateur. Aujourd’hui, ces équipes les utilisent au quotidien. Ces devis en FALC, permettent à *tous* les travailleurs d’appréhender une dimension de la pratique des espaces verts qui ne leur était pas accessible jusque là. En effet, les travailleurs ont découvert que leur activité professionnelle était définie en tant que prestations à des clients contractualisées par des devis. Les moniteurs les utilisent également pour gérer les équipes, notamment dans la répartition des tâches sur les chantiers. Le schéma ci-dessous (schéma 2) nous permet d’embrasser la succession d’événements que nous venons de décrire.

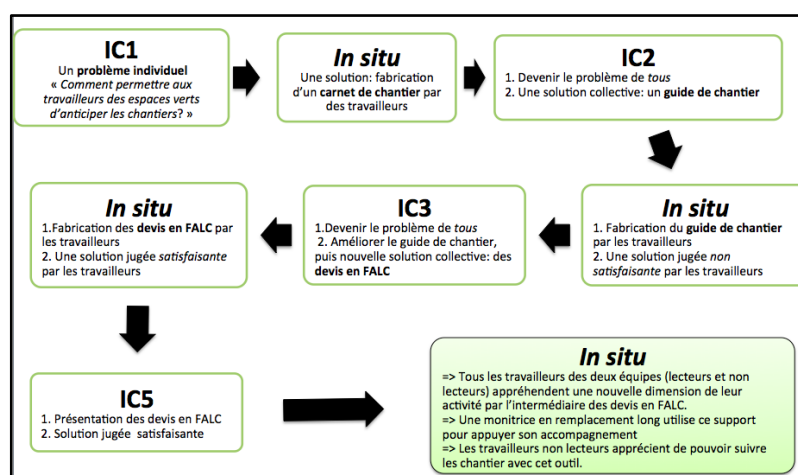


Schéma 2 : la création continuée de l'outil d'aide vu comme une solution d'un problème

## ARRIERE-PLAN COMMUN ET STRATEGIES COMMUNES : EVOLUTIONS ET TRANSFORMATIONS

Lors des réunions de l’ingénierie coopérative, le collectif expérimente que travailler à une ingénierie coopérative, c’est réfléchir ensemble à résoudre des problèmes communs et envisager des solutions. Dans notre exemple emblématique, ces solutions consistent en la création d’outils d’aide à destination des travailleurs des espaces verts.

Que ce soit le guide de chantier ou les devis en FALC, ces outils d’aide matérialisent un ensemble de *stratégies communes* décidées en réunion par le collectif. Ces stratégies communes visent à faire agir les travailleurs *in situ*, en leur permettant, le cas échéant, d’anticiper les chantiers. Ces stratégies communes sont donc l’expression de la solution au problème commun « permettre aux travailleurs d’anticiper les chantiers ».

A chacune des réunions, le collectif aborde le problème commun avec un certains nombre de règles implicites et de connaissances antérieures : l’*arrière-plan commun*.

En IC1, cet arrière-plan commun est « nous sommes réunis pour travailler ensemble ». En parallèle, chacun des acteurs a également ses manières propres d’aborder les problèmes de métier. Il existe donc autant d’*arrière-plans individuels* que d’acteurs. Ces arrière-plans individuels peuvent être formulés ainsi : « je suis connaisseur d’une pratique » ; « j’ai des habitudes dans ma pratique » ; « j’ai des conceptions sur ma pratique » et « je suis dans une institution », sous entendu il y a des

<sup>68</sup>Le collectif a travaillé à un autre problème lors de l’IC4, quatrième réunion de l’ingénierie coopérative.

habitudes institutionnelles qui me font agir. Dans la succession des réunions, le collectif élabore donc des stratégies communes en s'appuyant sur un arrière-plan commun et sur des arrière-plans individuels.

A chaque étape de ce processus, le nourrissage de l'arrière-plan commun offre de nouveaux possibles à chacun, permettant d'aborder les différents problèmes rencontrés. Cet arrière-plan commun permet au collectif de se constituer un ensemble de stratégies communes. Ces stratégies sont mises en œuvre *via* les outils d'aide dans l'atelier : le guide de chantier, puis les devis en FALC. Cette expérience continue valide ou invalide l'efficacité de l'outil d'aide. La réussite de telle ou telle stratégie commune est donc le moteur de ce processus dynamique, lui aussi continu.

Par exemple, si le fait de mettre des photos caractéristiques d'un chantier permet aux travailleurs de repérer les zones à entretenir, en réalité ce choix stratégique alourdit le guide de chantier. Partant de là, de nouvelles stratégies sont alors envisagées. Les acteurs débattent et apprennent notamment l'exercice de la critique. En effet, améliorer le guide de chantier invite à le remettre en cause et donc à le critiquer. A ce moment-là de la réunion IC3, précisons que les arrière-plans individuels (habitudes institutionnelles) pèsent particulièrement car il ne va pas de soi, au départ, de critiquer un travail, la critique étant souvent associée au jugement.

Nous avons produit un schéma permettant d'appréhender comment l'arrière-plan commun et un ensemble de stratégies communes s'expansent progressivement dans l'expérience du travail d'enquête collectif. Les éclairs symbolisent la remise en cause par le collectif de l'outil d'aide matérialisant les stratégies envisagées ensemble.

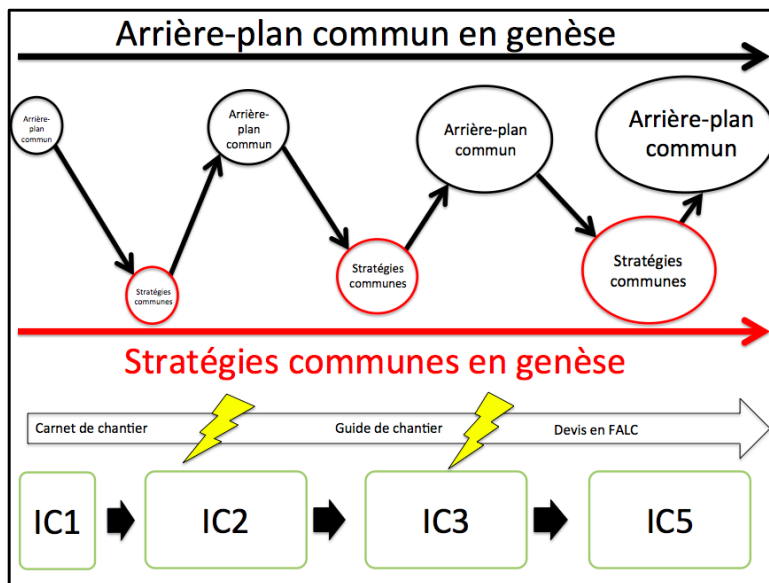


Schéma 3 : arrière-plans communs et stratégies communes en genèse

## LA RECHERCHE DE SOLUTIONS DANS UN PROCESSUS DYNAMIQUE ET CONTINUE, CŒUR DE L'INGENIERIE COOPERATIVE

A partir de notre exemple emblématique, nous avons décrit l'engagement des professionnels d'un ESAT dans un travail d'enquête collectif visant à trouver des solutions à des problèmes communs. Ces solutions étaient ici matérialisées par les formalisations d'un outil d'aide à destination des travailleurs de l'ESAT. Dans cette recherche, le collectif est entré petit à petit dans un processus

dynamique et continu, pouvant perdurer autant que faire se peut. Les discussions se sont faites de plus en plus facilement.

Pour conclure, le travail d'enquête collectif institue l'ingénierie coopérative. Les protagonistes appréhendent progressivement le principe de symétrie, visée ultime de toute ingénierie coopérative. Nous résumons notre propos dans un schéma (Schéma 4) permettant d'embrasser ce travail d'enquête collectif dynamique et continu.

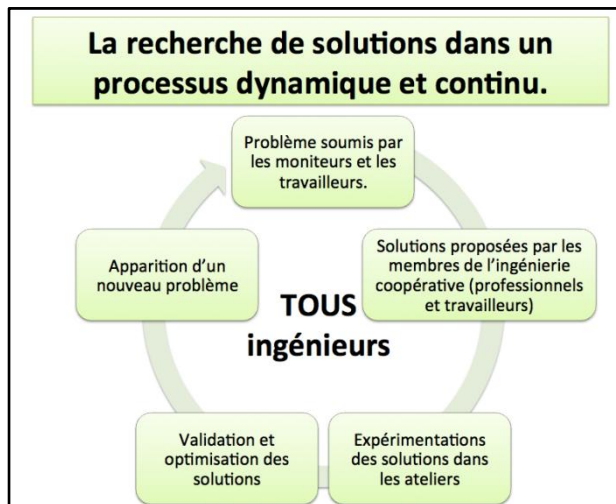


Schéma 4 : la recherche collective de solutions dans un processus dynamique et continu

En reprenant le schéma Deweyen, le collectif et *a fortiori* ses acteurs, en cherchant des solutions, comprennent mieux leur pratique et donc la transforment, la comprennent, la transforment .etc. Le collectif évolue donc en re-pensant continuellement l'accompagnement.

## BIBLIOGRAPHIE

Campion, C-L. (Mars 2013). Réussir 2015 « *Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics* ». Rapport au Sénat.

Desgagné, S. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation: un rapport nouveau à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation*. Vol 27, n°1, pp. 33-64.

Joffredo-Le Brun, S. (2016). *Continuité de l'expérience des élèves et systèmes de représentation en mathématiques au cours préparatoire. Une étude de cas au sein d'une ingénierie coopération (Thèse en Sciences de l'Éducation)*. Université de Bretagne Occidentale.

Leutenegger, F. (2000). Construction d'une "Clinique" pour le didactique. Une étude des phénomènes temporels de l'enseignement. *Recherches en didactique des mathématiques*, 20, (2), 209-250.

Marlot, C., Toullec-Théry, M Daguzon, M. (accepté). Processus de co-construction et rôle de l'objet biface en recherche collaborative. *Phronésis*.

Mercier, A., Schubauer-Leoni, M. L. & Sensevy, G. (2002). Vers une didactique comparée. *Revue française de pédagogie*, n°141, pp.5-16.

Sensevy, G., Forest, D., Quilio, S. & Morales, G. (2013). Cooperative engineering as a specific design-based research. *ZDM, The International Journal on Mathematics Education*, 45(7), 1031-1043

Sensevy, G. (2011). *Le sens du savoir*. Bruxelles : De Boeck.

Sensevy, G, Mercier, A (2007). *Agir ensemble, l'action didactique conjointe du professeur et des élèves*. PUR: Rennes.

## **Accompagnement des personnes et projet de formation**

**Mots clés :** Accompagnement - Reconnaissance – Activité

En tant que concepteur de dispositifs puis de sessions de formation, comment s'y prendre pour aider les personnes en formation à se développer dans leur rôle et posture d'accompagnement d'autrui ? Des mentors, des formateurs d'adultes, des infirmiers spécialisés en soins d'anesthésie, soins intensifs ou soins d'urgence (AIU), des spécialistes de la reconnaissance et validation des acquis d'expérience (RVAE) participent à l'une ou l'autre de nos formations continues certifiantes<sup>69</sup> d'une durée allant de 15 à 40 journées leur permettant d'obtenir un Certificat of Advanced Studies (CAS)<sup>70</sup>. Ces professionnels ont dans leur organisation professionnelle un rôle de formateur ou d'accompagnateur de leur collègue, notamment les mentors, les infirmiers ou les formateurs d'adultes, ou un rôle de formateur ou d'accompagnateur de personnes extérieures à leur organisation. Le dispositif de formation concerne plutôt les formateurs d'adultes et les spécialistes de la RVAE.

Un des axes de leur formation porte sur l'accompagnement des personnes et de leur projet de formation. Cette communication se propose d'analyser l'activité de conception de formation, de mettre en évidence les thématiques abordées et les modalités pédagogiques utilisées, d'interroger des enjeux de la formation à l'accompagnement.

### **1. Conception de dispositifs et de sessions de formation.**

Comment former des accompagnateurs novices, qui sont par ailleurs spécialistes ou experts dans leur métier, à accompagner en situation de travail des novices à devenir expérimentés ? Ma « façon de faire » (Quillerou-Grivot et Clot, 2013, p. 6) pour concevoir le dispositif de formation me permet d'intégrer des savoirs issus d'anciens dispositifs, d'idées confortées suite à des lectures, de rencontres vécues depuis une vingtaine d'année dans le champ de la formation des adultes. Une convergence d'idées de plus en plus forte m'apparaît : les logiques de reconnaissance et validation des acquis d'expérience et celles de formation d'adultes se recoupent, notamment pour penser l'accompagnement des personnes, en particulier dans leur pratique professionnelle, que ce soit en situation de travail, en situation de formation formelle ou non formelle. Mon rôle d'architecte de dispositif de formation m'incite à valoriser l'interrogation sur la posture (Vial, 2013) afin de participer au développement de la pratique professionnelle d'accompagnement.

---

<sup>69</sup> Les descriptifs des formations sont accessibles <http://www.iffp.swiss/cas-das-mas-1>

<sup>70</sup> L'ensemble des Hautes écoles suisses organisent leur formation continue sous forme de journées, de séminaires, de conférences permettant d'obtenir une attestation de participation. Les diplômes de formation continue sont structurés en trois niveaux, classés selon leur durée minimum, allant d'environ 15 jours de formation pour un Certificat de formation continue valant au moins 10 crédits ECTS, d'environ 45 jours pour un Diplôme de formation continue valant au moins 30 crédits ECTS et d'environ 90 jours pour un Master de formation continue valant au moins 60 crédits ECTS.



Dans les fonctions évoquées en introduction – mentor, formateur, infirmier-accompagnateur, et conseiller, accompagnateur ou expert en RVAE – les acteurs sont d’abord considérés comme des techniciens ayant acquis dans leur activité professionnelle une certaine expérience. Boudjadi (2008, p. 72, 73 ) met en évidence qu’une personne expérimentée :

- sait agir, anticiper, prendre des décisions ;
- organise son activité en référence aux savoirs théoriques, procéduraux et expérientiels ;
- a une observation clinique pertinente ;
- effectue des gestes professionnels personnalisés et adaptés ;
- a un niveau de professionnalisation élevé quand il est capable de transférer son savoir à d’autres personnes.

Que ces personnes mobilisent leurs acquis en situation professionnelle de manière pertinente et cohérente est souvent considéré comme un indice de leur possibilité d’agir pour accompagner d’autres personnes dans le développement de leur pratique. Expérimentées, voire expertes, elles accompagneraient des personnes considérées comme novices, car débutant leur activité, parfois avec une formation formelle. Selon (Boudjadi, 2008, p. 72), les novices :

- ont une vision partielle de la réalité ;
- ont une moindre capacité à sérier les informations pour orienter leur action ;
- font des références excessives aux règles ;
- ont des réflexions sur le sens de l’action privées par le respect des procédures générales.

Dès lors, ces novices se retrouvent à cheminer avec une personne les aidant à devenir des professionnels aguerris. C’est là un des paradoxes. Pour accompagner en situation professionnelle, il s’agit aussi de se former à l’accompagnement en revivant cette transition de novice à expérimenté, mais ici à partir d’un métier où les personnes sont considérées comme expérimentées. C’est donc bien la question du passage identitaire du professionnel débutant au professionnel confirmé qu’il s’agit d’élaborer. La formation en cours d’emploi nous apparaît une formule facilitant les liens entre les expériences et les savoirs de référence. Il s’agit donc de s’appuyer sur les situations de travail vécues par ces adultes (Durrive, 2012).

## **2. Activités en formation.**

Quelles places peuvent prendre des mises en situation pendant la formation pour aider les participants à développer leur compétence en accompagnement ? La seconde partie de la formation permet une articulation entre le thème de la vie adulte et celui de l’accompagnement. « L’identité est l’aboutissement d’une démarche développementale qui se réalise à travers l’acquisition de connaissances. L’apprentissage joue un rôle existentiel dans la construction de la personne, de son identité et dans son développement cognitif » (Danis et Solar, 1998).

Pour Mulin (2008), les activités peuvent être reliés à un statut d’occupation, de métier ou de profession. La plupart des participants à ces formations sont dans l’occupation quand ils sont dans la position de l’accompagnement.

En tant qu’intervenant, je propose trois activités pédagogiques pour aider les personnes en formation dans leurs apprentissages et développements. Celles-là durent de 5’ à 25’ pour environ une heure d’intervention. Dans un premier temps, je les invite à formuler les mots qui leur viennent

en tête en référence à l'accompagnement. Cette activité a pour but de réactiver les notions travaillées plus en amont dans la formation, d'affiner leur représentation en mettant l'accent sur la formalisation.

Ensuite, je leur demande d'écrire pendant 5' avec la main inverse de leur usage au quotidien. Le but est ici de les amener à vivre l'expérience singulière d'un collectif en train de réaliser une tâche, tout en valorisant les écarts individuels. Cet exercice se poursuit par l'invitation à s'interroger sur le rythme de l'écriture, les attitudes corporelles, leur mode de pensée, les tensions internes, etc.

La troisième activité est une mise en situation où nous travaillons avec les participants et participantes leur posture d'accompagnement en leur proposant un des trois rôles d'observateur, accompagnateur, accompagné. Cela permet de travailler, par les ressentis et la mise à distance, les perceptions de ce qui peut se jouer dans la relation d'accompagnement. Plusieurs transitions sont proposées avec des consignes supplémentaires en cours de route :

- marcher en marquant le territoire, tantôt devant, tantôt derrière, tantôt sur le côté ;
- toucher physiquement l'autre ;
- demander à l'accompagné de fermer les yeux ;
- demander à l'accompagné de franchir un obstacle, sachant qu'une personne peut l'accompagner.

À la fin de ce troisième exercice, le retour en salle est l'occasion pour chacun de s'exprimer sur l'activité, en sous-groupes constitués selon le rôle joué.

Ces trois moments apportent un matériau de réflexion et d'analyse. Les personnes en formation relèvent des apports quant à leur représentation de qui se passe dans la relation d'accompagnement, des ressentis en lien avec leur posture ; ils élaborent collectivement les savoirs d'expérience du métier. Les débats relèvent les enjeux de « rencontre de dramatiques d'usage de soi » (Schwartz, 2011, p. 155) où les corps sont mobilisés renvoyant aux manières de faire, à l'histoire des pratiques, aux prescriptions.

### **3. Enjeux de formation**

En quoi le rôle ou la fonction d'accompagnement peut-il être développé par les apports de la formation et quelles en sont les limites? Former des personnes ou aider des personnes à se former dans une fonction d'accompagnement me semble renvoyer à une thématique relevée par Vial (2013) concernant la posture professionnelle. Pour cet auteur, il s'agit de distinguer :

- *le poste* qui est assigné, dont on remplit les missions, en faisant preuve des compétences nécessaires, (dans le réel, là où les choses se stabilisent),
- *la position*, qui est désignée, et stable : c'est être calé dans un contexte ; on en déduit « naturellement » une place crue légitime (dans l'imaginaire, là où les choses se gagnent),
- *la posture* qui se joue, et renvoie à la situation. C'est une occupation de l'espace signifiante, dans les interrelations, un repère virtuel qui s'actualise différemment selon les situations sous forme de variations. Permet de savoir d'où je parle (dans le symbolique, là où les choses signifient) ».

N'y aurait-il pas un paradoxe à vouloir *former* des personnes à une posture qui par définition se pose dans *l'être avec, à côté* ? Assurément s'agit-il pour les intervenants de se situer dans un autre type d'approche où « on se déplace d'une pédagogie du modèle et de l'exemplarité vers une pédagogie de l'émergence et de la médiation » (Paul, 2009, p. 25). Dans ces moments, ma manière d'agir m'amène à être au plus près du rôle des personnes en formation, tout en restant dans le mien. Je me sens bien dans ce mouvement de balancier « entre deux mémoires, l'une personnelle, l'autre impersonnelle » (Clot et Faïta, 2000, p. 18). Les référentiels d'activité du formateur d'adultes et de l'accompagnateur partagent des ressources communes, identifient des aspects propres à chaque rôle et en même temps renvoient à la spécificité de l'action. À chaque intervenant de « choisir » ce qu'il mobilise.

#### 4. Conclusion

Les processus de formation renvoient aux besoins de reconnaissance des personnes (Honneth, 2000), pour elle-même, par elle-même et par les autres. Entre l'expertise du formateur d'adultes et la prise en compte de la singularité de la participante ou du participant à la formation, qui plus est dans le champ de l'accompagnement, se joue le projet de formation. Non seulement celui du dispositif, mais aussi celui des personnes engagées où j'essaye de me référer à « cette posture de présence attentionnée à un autre qui est au fondement le plus nu de l'accompagnement » (Paul, 2015, p. 25).

#### Références bibliographiques

- Boudjadi, P. (2008). Le tutorat comme pratique d'accueil et d'accompagnement des infirmiers débutants dans l'exercice du soin en milieu psychiatrique. *Formation et territoire*, Juin(12), 67-79.
- Clot, Y. et Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, (4), 7-42.
- Danis, C. et Solar, C. (1998). *Apprentissage et développement des adultes*. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Durrive, L. (2012). Comment approcher une situation de travail dans une perspective ergologique. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 237-251. Repéré à <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1127/0>
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf.
- Mulin, T. (2008). *La professionnalisation des formateurs en insertion. Contribution à l'analyse des différenciations professionnelles*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse.
- Paul, M. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, 2(20), 11-63. doi:10.3917/savo.020.0011
- Paul, M. (2015). L'accompagnement : de la notion au concept. *Education permanente*, 4(205), 21-30.
- Quillerou-Grivot, E. et Clot, Y. (2013). Trois conditions pour une clinique de l'activité en psychologie du travail : le cas d'une intervention dans une entreprise de logistique automobile. *Activités*, 10(2). doi:10.4000/activites.842

Schwartz, Y. (2011). Pourquoi le concept de corps soi. *Travail et apprentissage, juin(7)*, 148-177.

Vial, M. (2013, 28 février). *L'accompagnement sous contrôle*. Communication présentée au Journée de travail sur les séminaires d'intégration, Lausanne. Repéré à <http://www.reseaueval.org/publications/articles/>

## Transversalité des référentiels de compétences et de formation : enjeux d'accompagnements inclusifs

**Mots clés :** accompagnement, co construction, inclusion, interculturalité, médiation, transversalité

### 1. Valeurs cardinales des Bonnes Pratiques

Un projet européen Erasmus + **DIME** « Développer un référentiel de compétences et des modules de formation favorisant l'Inclusion des **Migrants** vers l'Europe » s'est érigé notamment sur l'objectif suivant « l'analyse approfondie des pratiques de formation existantes permettra d'identifier de « bonnes » pratiques, de décrire et justifier le choix des actions de formation jugées pertinentes afin de construire ultérieurement un référentiel de compétences et des modules de formation qui répondent aux problématiques d'inclusion sociale et professionnelle des migrants ». Ce projet vient développer la réflexion sur les propositions pédagogiques concernant les conditions d'apprentissage et d'accompagnements des adultes migrants dans une démarche d'insertion. « *Améliorer les dispositifs et les doter d'une dimension holistique pour mieux répondre aux besoins et accompagner ces publics précarisés constitue l'objectif central pour chaque partenaire confronté à l'hétéronomie des politiques et programmes* ». Il met en exergue les référentiels signifiants pour des accompagnements pertinents.

Les Bonnes Pratiques analysées désignent la connaissance des caractéristiques de prestations de formations données pour répondre à la demande attendue d'accompagnement et d'intégration socioculturelle et professionnelle des migrants en Europe ; elles mettent en exergue des constituants de pratiques de formation qui font souvent consensus et vont être considérées de qualité de par leur réalité et les accompagnements inférés- *prise en compte des besoins du public, prise en compte de la commande sociale, implication des acteurs, existence et effectivité, cohérence et consistance des contenus et méthodes, efficience, effets produits, impacts, viabilité, reproduction, évaluation-* .

Ces *critères* ci-dessus peu ou prou impactés viendront profiler les positionnements de chaque acteur impliqué et, pour les accompagnements, les domaines de compétences à promouvoir.

### 2. Butinage et expressions signifiantes sur l'accompagnement

- La méthodologie d'investigation retenue s'est apparentée à une écoute qualitative des acteurs impliqués dans les processus de formation du politique à l'institutionnel, de l'expert au responsable de structures jusqu'aux formateurs ; le terme de butinage est retenu au sens où la collecte d'informations et observations retient les données alimentant les accompagnements dans leur dimension sociétale inclusive. Le butinage s'est poursuivi de la

sorte dans le dépouillement de questionnaires centrés sur la déclinaison de Bonnes Pratiques où l'accompagnement émergera au décryptage de la nature des programmes et formations, décryptage autour des procédés et méthodes utilisés et surtout dans la prégnance du champ évaluatif.

- Une sémantique de l'accompagnement à considérer : des formulations congruentes
  - France - Accompagnement Aide Soutien Contrat Suivi
  - Italie - Sostegno Accompagnamento Assistenza Abbinamento
  - Espagne - Acompañamiento Apoyeo Seguimiento Asistencia
  - Grèce - συνοδεύω, συντροφεύω, ακόλουθος, επικάλυψη

La construction sémantique et les dénominations de l'accompagnement sont connotés de préfixe :

Ab, ac, ad, ana, ap, as, avec, ...

Com...επι

Seg..., sos..., suivί, ... συν...,

à caractère spatiotemporel marqué ; cette co-construction de sens a pour effet d'engendrer vigilance sur la place et le positionnement des différents protagonistes dans l'espace, dans le temps. Ces acceptions plurielles de l'accompagnement convergent, engendrent des transversalités et confortent la primauté accordée à l'autogestion des parcours de vie.

### Expressions signifiantes

#### ➤ Appréciations d'Experts.

- Qualité des formations et accompagnement « La formation sera opérante et opérationnelle si elle procède d'une négociation des contenus de celle-ci entre les formateurs et les migrants » ; « Conférer une position centrale dans la formation à la médiation culturelle pour parvenir à une citoyenne plénière et responsable ».
- Déroulé des formations et accompagnement « Privilégier l'alternance des méthodes déclaratives, des méthodes actives et valoriser les méthodes participatives » ; « Le respect de la diversité des expériences, des niveaux, des cultures reste un préalable à toute forme d'accompagnement »
- Évaluations et accompagnement « Repenser les modes d'évaluation avec les formés notamment pour les bas niveaux de qualification pour une adhésion active » ; « Pour donner sens à la formation et évaluations, valoriser la participation conjointe des formés et des formateurs pour une compréhension et cohésion optimale », ...

#### ➤ Appréciations de Responsables de formation

- Formations produites et accompagnement « Hormis les formations prescrites, développer des formations correspondant aux « niches » d'emplois pour valoriser l'employabilité des migrants » ; « Si la formation est principalement linguistique et de maîtrise de la langue parlée, aller vers un élargissement vers le socio culturel et la

quotidienneté » ; « Faire évoluer les dispositifs de formation vers des expériences de e-learning, avec utilisation de plateformes informatiques d'échanges entre les stagiaires et les formateurs qui assurent un suivi du parcours »

- Organisation pédagogique et accompagnement « Développement concomitant des compétences sociales pour favoriser l'inclusion dans des réseaux de soutien » ; « Préparer des supports pédagogiques à partir de situations réelles de la vie quotidienne et/ou professionnelle »
- Évaluations et accompagnement « Aider le migrant à discerner comment est assumé le « deuil migratoire » » ; « Prendre en compte les acquis et expériences antérieures »...

➤ **Appréciations de Formateurs**

- Dispositions pédagogiques et accompagnement « Savoir pratiquer la médiation culturelle » ; « Savoir contrôler les réactions possibles en présence d'une autre culture » ; « Préparer à partir de situations réelles de la vie quotidienne et/ou professionnelle pour une implication optimale »
- Accompagnement des stagiaires « Répondre aux besoins exprimés du groupe cible » « Comprendre l'autre sans jugement, couple formateur-formé »
- Évaluations et accompagnement « Analyser des résultats en termes de personnalisation du parcours de formation » ; « Coproduire l'évaluation de la formation Formateur/stagiaire »...

### **3. Catégories de formations, ressources pédagogiques et accompagnement**

➤ **Catégories**

FORMELLES	NON FORMELLES
• Prescrites	Validées
• Non prescrites	Attestées
• Autres	

➤ **Dénominations**

- Espagne      Formación ocupacional  
Siempre hay tiempo
- France      Formation Linguistique CAI – FLI  
Compétences Premières  
Apprentissages linguistiques
- Grèce      Διδασκαλία του Έλληνα 2ξα γλώσσα  
Μαθήματα της ελληνικής γλώσσας

- Italie                    Azione di integrazione e dialogo  
                                 Corso di italiano per stranieri  
                                 Incorpora Punto Formativo Italiana  
                                 Italiano per astringiere

Les formations reconnues traduisent une répartition de celles-ci sur des formations prescrites principalement ; les formations non formelles sont multiples avec des amplitudes plus faibles. La majorité des formations viennent abonder l'acquisition linguistique nécessaire. Les formations sociales, culturelles viennent en second et ont un caractère moins prescriptif en général. Les accompagnements sont plus présents dans les formations non formelles ; peut-être que la situation du migrant et son projet de vie prime alors sur des organisations normées... ?

➤ **Des moyens pédagogiques pour des accompagnements inclusifs**

Ressources	Nombre par action de formation	Pourcentage
Groupes de travail	10	83,33
Groupes de parole	10	83,33
Jeux de rôles et simulations	11	91,67
Mises en situation	6	50,00
Projets collectifs	4	33,33
Table rondes	6	50,00
Visites extérieures	9	75,00
Analyse documentaires (lecture, commentaires)	6	50,00
Conférences	6	50,00
Etudes de cas	4	33,33
Individualisation de la formation	6	50,00
Alternance en entreprise	2	16,67
Autres	10	83,33

Table  
au  
14  
Enqu  
ête  
« Pré  
senta  
tion  
de  
Bonn  
es  
Prati  
ques  
»  
DIM  
E  
2016

Les méthodes techniques et pédagogiques les plus utilisées justifient leur pertinence par l'implication optimale qu'elles induisent en termes de participation individuelle et collective. Elles mettent le stagiaire au cœur d'une réalité où se conjuguent les apprentissages, où chacun devient acteur de son projet d'inclusion et en expérimente les savoirs et savoir-faire. L'ensemble des ressources riches de



leur transversalité converge sur un empowerment à se saisir d'une réalité culturelle, sociale et la traiter en termes d'aptitudes, capacités et compétences.

➤ **Des Formateurs Socio pédagogues**

Reconnus par leurs compétences

- Validés par un diplôme (master FLI, en France pour les professionnels)
- Validés par l'expérience (bénévoles en France)
- Validés par les Compétences didactiques disciplinaires, ES, GR, IT, FR
- Validés par les Compétences pédagogiques et d'animation ES, GR, IT, FR
- Validés par des Compétences explicites et/ou implicites en accompagnement

Qualifiés en accompagnement

- Capacité de travail en équipe transdisciplinaire
- Liens constants avec la recherche en sciences psychosociales, éducatives, juridiques, économiques, recherches interdisciplinaires
- Inscription forte en formations continues : formations de formateurs, gestion et dynamique psychosociale, gestion des curriculum vitae, parcours de vie et projets
- Outre l'enseignement, ouverture aux modes d'accompagnements et de médiation

➤ **Des Évaluations plurielles et holistiques**

Interne :

- Par les responsables pédagogiques
- Par les responsables pédagogiques et par les formés
- Par les formés
- Attestation
- Certificat
- Autres validations, ...

Nous observons une répartition assez homogène des évaluations centrées sur la progression pédagogique avec une progression de l'autoévaluation des stagiaires générée par le couple formateur-formé et obtenue selon l'implication du stagiaire, l'attractivité de la formation et son utilité perçues ; ainsi les insertions culturelle, sociale, professionnelle seront favorisées.

Externe :

- Autorités locales
- Autorités régionales
- Autorités nationales
- Diplômes
- Certificats
- Rapport d'activité
- Réponses aux appels d'offres, ...

Souvent la progression pédagogique est normée dans les cahiers des charges. Le formateur est tenu alors de se conformer à la progression pédagogique ; il est responsable de la façon dont est conduite la formation.

Globalement les temps d'évaluation sont respectés, malgré le peu de temps imparti, parce que jugés nécessaires pour un accompagnement et un suivi de la formation au-delà des évaluations de résultats, dans une démarche globale d'appropriation.

#### **4. Un chaînage des Compétences propice à l'inclusion**

- D'une impulsion préconisée par l'Europe pour rendre la personne pleinement citoyenne  
Soit les 8 compétences de l'Union Européenne
  1. communication dans la langue maternelle
  2. communication en langues étrangères
  3. compétences en mathématiques
  4. compétences numériques
  6. compétences sociales et civiques
  7. esprit d'initiative et d'entreprise
  8. sensibilité et expression culturelles
  
- Aux compétences acquises pour plus de sociabilité et insertion professionnelle :  
Le décret n°2015-172 du 13 Février 2015 définit le socle de connaissances et compétences professionnelles et recouvre 7 domaines :
  - La communication en Français
  - L'utilisation des règles de base du calcul et du raisonnement logique
  - L'utilisation des techniques usuelles de l'information et de la communication numérique
  - L'aptitude à travailler dans le cadre de règles définies d'un travail en équipe
  - L'aptitude à travailler en autonomie et à réaliser un objectif individuel
  - La capacité d'apprendre à apprendre tout au long de la vie
  - La maîtrise des gestes et postures et le respect des règles d'hygiène, de sécurité et environnementales élémentaires
  
- Pour parvenir à un référentiel de compétences distinguées par les partenaires du projet DIME qui instaure des compétences en phase avec une inclusion réussie pour les personnes migrantes primo arrivantes. Elles assurent des connexions et complémentarité entre savoirs, savoirs faire, savoir-être, entre connaissances, aptitudes et attitudes ; la transversalité les caractérise :
  - Compétences linguistiques en développant les apprentissages cognitifs et culturels de la langue du pays d'accueil; en renforçant la compréhension de la langue utilitaire.
  - Compétences interculturelles, en valorisant les échanges intra et interculturels, voire transculturelles
  - Compétences sociales et civiques, en développant des situations pédagogiques au contact direct avec les instances administratives et socioculturelles
  - Compétences socioprofessionnelles et d'entrepreneuriat en développant toute forme d'alternance et d'apprentissage in situ.
  - Compétences numériques en développant la maîtrise de l'outil informatique et des TIC pour répondre à la demande sociale et préprofessionnelle.

## 5. Des recommandations marquées par l'éthique de l'accompagnement

- L'accompagnement au risque de l'individuation et de l'interculturalité : quelques principes en trace les constituants:
  - Prendre en compte les parcours de vie
  - Aider le migrant à faire en première instance le deuil de sa culture d'origine
  - Développer les expressions de l'interculturalité
  - Valoriser les processus d'apprentissage et la réflexivité théorie pratique
  - Soutenir le migrant dans sa démarche d'insertion culturelle, sociale et professionnelle.
  
- L'accompagnement au risque de référentiels soumis à des transformations socio pédagogiques radicales

L'accompagnement et ses valeurs éthiques contribuent au discernement dans l'élaboration et la co construction de référentiels de compétences et de dispositifs de formation pertinents et adaptés à la singularité des besoins des migrants,

L'accompagnement s'inscrit dans la commande sociale et fait émerger des critères marqués par leur facture contractuelle tant sur le plan sociétal que pédagogique.

Les Bonnes Pratiques observées en matière de formation de public migrant requièrent des qualités d'accompagnement éprouvées et des modes d'évaluation constants et contractuels en amont, pendant et en aval, la considération et la mise en œuvre de valeurs holistiques et transculturelles ; la transversalité et la médiation sont ainsi érigées comme principe et vertu.

## 6. Références

- Quelques écrits

Séguier Bernard Vers un référentiel de compétences à l'accompagnement des MENAs Colloque PUCAFREU Poitiers 22-23 octobre 2012

Séguier Bernard Insertion, intégration : concepts antinomiques mais concourants Université Łódź 2005

Séguier Bernard Les préalables à l'employabilité des migrants Des prérequis de la reconnaissance sociale au pré requis à l'intégration par l'emploi Grundtvig 2 2008

- Sites de références

[www.coe.int](http://www.coe.int) : site du Conseil de l'Europe

[www.immigration.interieur.gouv.fr](http://www.immigration.interieur.gouv.fr): Les nouveaux fonds européens (période 2014-2020)

[www.immigration.gouv.fr](http://www.immigration.gouv.fr): Site du Ministère de l'immigration

[www.ofii.fr](http://www.ofii.fr): Site de l'OFII - les coordonnées des directions territoriales de l'OFII.

[www.infomie.net](http://www.infomie.net): Centre de Ressources pour les Mineurs Isolés Etrangers.

[www.christianpuren.com](http://www.christianpuren.com): Site de didactique des langues-cultures

[www.lefospourlemploi.com](http://www.lefospourlemploi.com): Site destiné aux formateurs et intervenants concernés par de l'ingénierie pédagogique du français sur objectif (FOS)

<https://ec.europa.eu/epale/fr>: Plateforme électronique pour l'éducation et la formation des adultes en Europe.

[www.aifriiss.org](http://www.aifriiss.org) : Site AIFRISS, écrits sur Accompagnement, Employabilité, Migrants

<http://www.insup.org/index.php?id=projet-dime> : Site du programme DIME

## **Accompagner, mission essentielle de l'enseignant**

**Mots-clés** : empathie, stratégie d'apprentissage, autonomie, connaissance de soi, compétence

« *On ne peut rien enseigner à autrui. On ne peut que l'aider à se découvrir lui-même* ». Cette phrase de Galilée me semble illustrer parfaitement ce qu'enseigner signifie, dans son essence même, au-delà des réformes, des programmes, des changements contingents, des pédagogies nouvelles et des modes qui passent. Enseigner ou... accompagner ? Paradoxe qui pourrait définir les enjeux d'un métier aujourd'hui en pleine mutation.

Professeur de lettres depuis vingt-six ans, j'ai eu la chance d'accompagner des collégiens et des lycéens, et actuellement des étudiants et des enseignants, en adaptant les activités en fonction des besoins, en personnalisant en quelque sorte le parcours de chacun, en œuvrant au sein d'une équipe aussi, mais tout ne s'est pas fait en un jour... Il en a fallu du temps, des discordances, des réussites, des découragements, et aussi de grands moments de satisfaction, heureusement, pour parvenir à être convaincue du bien fondé de notre mission. C'est cette expérience et ce partenariat avec mes collègues dont je rends compte à présent en formation, ou dans divers articles pédagogiques<sup>71</sup> que j'ai voulu partager dans cet ouvrage<sup>72</sup> qui commence par aborder le concept d'accompagnement, ses enjeux et ses perspectives, avant d'en explorer toutes les ressources, et plus spécifiquement en classe de lycée, pour proposer en dernier lieu des outils de formation.

Enseigner requiert de multiples compétences, qui débordent largement le référentiel de compétences des métiers du professorat et de l'éducation<sup>73</sup>. Enseigner recouvre aussi beaucoup de missions, mais celle d'accompagner est celle qui donne tout son sens au métier d'enseignant : si transmettre à nos élèves savoirs, savoir-faire et savoir-être est indispensable pour la formation de la personne, ce à quoi je suis indéniablement attachée, l'enjeu véritable de notre métier est ailleurs. Accompagner rend notre rôle encore plus motivant car il consiste à faire preuve d'empathie : écouter, adapter, s'adapter aussi, questionner, innover dans des pratiques diverses, proposer des parcours variés à des jeunes qui ont des besoins et des aspirations différentes, quel que soit leur niveau, sans démagogie aucune, autant de compétences à maîtriser pour devenir un professionnel qui a bien perçu la nécessité de se former, et pas seulement de s'instruire, d'être accompagné en quelque sorte, pour être à même d'accompagner.

Lorsque l'accompagnement personnalisé fut introduit en 2010, d'abord en classe de seconde, avant de se poursuivre en classe de première et de terminale, au lycée général et technologique, dispositif déjà mis en place depuis plusieurs années au lycée professionnel, il fut plutôt mal perçu ou mal compris : s'agissait-il d'une énième forme d'aide aux devoirs, purement disciplinaire, pour les élèves en difficulté, ou d'une véritable innovation, intéressante mais difficile à réaliser avec une classe de trente élèves, voire plus ? Ces deux heures hebdomadaires concernent en effet chaque lycéen, et c'est peut-être là le paradoxe : comment accompagner ceux qui ne le souhaitent pas ? Car

---

<sup>71</sup><http://www.cafepedagogique.net/LEXPRESSO/Pages/2016/11/02112016Article636136691656584328.aspx>

<sup>72</sup>*Pratiquer l'Accompagnement personnalisé*, Chronique Sociale (Lyon), 2015, 190 pages, ISBN 978-2-36717-150-0

<sup>73</sup> B.O. N°30, 25 juillet 2013

tous sont concernés par l'accompagnement qui, même s'il n'est pas individualisé, avec un accompagnant consacrant deux heures hebdomadaires pour chaque lycéen (ce qui serait pour le coup une véritable utopie !), n'en est pas moins adapté à chacun, « personnalisé » donc. C'est là toute la difficulté : favoriser la motivation chez l'élève, qui n'est pas toujours prêt à changer ses méthodes, à écouter d'autres façons de faire, voire à expérimenter de nouvelles façons d'être. Car accompagner suppose tant de la part de l'enseignant que du jeune, un engagement mutuel, une motivation évidente mais aussi un changement de posture qui n'est pas forcément évident : ainsi, disposer la classe différemment pour éviter l'aspect frontal et très hiérarchique finalement des rangées de tables faisant face au bureau, ou encore, mettre les élèves en binômes, en petits groupes, voire en autonomie avec des tâches qui ne soient pas forcément liées à une discipline, sont des éléments qui bien souvent étonnent lycéens et étudiants, habitués à « recevoir », de façon somme toute passive, des informations venues du professeur. Rien de bien révolutionnaire, me dira-t-on, c'est ce qui se pratique avec les écoliers des cycles 1, 2 et 3<sup>74</sup>, depuis des décennies. Certes, certes... mais pas toujours, déjà, surtout au cycle 3, et ne l'oublions pas, nous sommes au lycée, et le changement de posture -et c'est là ce qui relève d'une vraie révolution- c'est l'enseignant qui va l'effectuer : du « face-à-face », il passe au « coude-à-coude » et surtout, il doit accepter de ne plus être l'expert d'une discipline et rompre ainsi avec cette logique disciplinaire si ancrée dans les mentalités, et notamment au lycée.

C'est bien là la pierre d'achoppement : que fait-on quand on accompagne ? On ne transmet plus un savoir et ce qui prime, c'est moins le contenu d'une discipline que le sens qu'on donne à ce qu'on fait, enseignant comme lycéen : appréhender diverses méthodes et stratégies d'apprentissage, faire analyser ses erreurs par le jeune, par la reprise de ses copies, par exemple, quelle qu'en soit la discipline, ou encore lui permettre de s'interroger sur ses compétences et finalement sur lui, sont au cœur du dispositif. D'ailleurs, si on est enseignant d'une discipline, on est accompagnant tout court.

Et c'est ce qui effraie, c'est ce qui fait polémique : « Je ne suis pas animateur », « Je ne sais pas accompagner » entend-on bien souvent dans les salles des professeurs. Et puis avec une classe entière d'une trentaine de lycéens, peut-on vraiment parler d'accompagnement ? Il est vrai que si l'intention est louable, et l'envie, bien présente, la mise en place sur le terrain pose question : le désir et la motivation pour vraiment mettre en œuvre l'accompagnement viennent se confronter au principe de réalité. Et les freins sont nombreux : le nombre d'élèves à accompagner, trop élevé, le manque de motivation de l'ensemble de l'équipe et parfois du jeune, le sentiment d'abandon de l'enseignant qui se trouve démuné puisqu'il n'enseigne plus, les détails pratiques aussi (difficulté d'avoir des salles de dédoublement par exemple ou encore de pouvoir co-animer, pour des incompatibilités d'emploi du temps), détails qui prennent toute leur importance dans ce contexte d'accompagnement... Mais sur un plan plus philosophique, c'est l'essence même du métier d'enseignant qui, pour certains, semble touchée : une réticence, ou plutôt une résistance de l'enseignant, apparaît en effet, face à ce qui est ressenti comme une véritable perte d'identité. Car si l'enseignant est maître de sa discipline, s'il « sait », un concours ayant souvent récompensé son savoir, si son expérience le légitime dans ses savoir-faire, et si une inspection a validé sa façon d'enseigner, qu'en est-il au juste de l'accompagnant ? Quelle légitimité ai-je à « accompagner » ? Quelle instance va me permettre de valider ce que je fais ? Qui va me former à accompagner ? Vers

---

<sup>74</sup>Restructuration des cycles d'apprentissage, via la Réforme du Collège (<http://www.education.gouv.fr/pid32484/college-2016-tout-savoir-sur-reforme.html>) : Cycle 1 : Toute Petite Section, Petite Section, Moyenne Section et Grande Section de maternelle – Cycle 2 : Cours Préparatoire, Cours Élémentaire Première et Seconde année – Cycle 3 : Cours Moyen Première et Seconde année, 6è.

qui me tourner pour savoir si je suis un « bon » accompagnant ? Un autre obstacle, et non des moindres, vient freiner l'engouement des plus enthousiastes : c'est la question du sens de ce dispositif, de son « utilité » et de sa lisibilité pour l'équipe pédagogique, pour les lycéens, mais aussi pour les familles. Et c'est autant la question du « comment » que celle du « pourquoi » qui fait débat.

Le dispositif de l'accompagnement personnalisé a ainsi eu le mérite de nous faire nous interroger, nous, enseignants, mais aussi chefs d'établissement et personnel de vie scolaire, sur nos pratiques et sur l'enjeu de nos missions, sur la pertinence d'une collaboration de l'équipe éducative, mais aussi et surtout de poser la question cruciale du sens de notre métier, et si ces discussions ont mis au jour les divergences d'opinions sur ce qu'enseigner veut dire, elles ont aussi permis de dégager ce sur quoi tous s'accordent : être au plus près des besoins de l'élève, tel est l'enjeu de notre métier, telle est notre mission essentielle. Mais ne serait-ce pas cela, « accompagner » ?

C'est peut-être vrai, mais justement, il faudrait revoir de plus près ce qu'accompagner veut dire vraiment, pour être à même d'envisager la mission d'enseignant comme un métier d'accompagnant. Quelle est donc l'essence de notre métier ? En quoi consiste-t-il vraiment ? Peut-être à favoriser la réflexion sur les méthodes d'apprentissage de chacun, à dynamiser la mutualisation des compétences de tous, à créer un climat pour que le jeune se connaisse mieux et pour que nous le connaissions mieux afin d'appréhender le chemin le mieux adapté à ses compétences et ses envies, afin d'aller plus loin avec certains, moins vite avec d'autres, mais avec le souci d'accompagner chacun vers « sa » réussite, et tous, vers « leurs » ambitions. Peut-être aussi à tenter l'innovation avec des pratiques de gestion mentale, ou une mise en application des intelligences multiples, ou de toute autre technique cognitive. Voilà quelques exemples de changement de postures et de pratiques pédagogiques qui s'inscrivent dans l'accompagnement pour faire réfléchir l'élève à ses stratégies d'apprentissage et à celles des autres, pour les mutualiser et en tirer parti. Mais accompagner, c'est surtout rester à sa place : à trop vouloir guider, on devient dirigeant.

Et puis laisser une trace des séances d'accompagnement, autant pour rendre compte de ce qui se fait, que pour montrer l'évolution du jeune, vers une acquisition de compétences transversales, voilà qui est nécessaire car l'accompagnement s'inscrit dans la continuité de la classe, des cycles et du parcours individuel du lycéen, sur ses trois années de lycée. Continuité aussi avec le collège, et la récente Réforme du collège l'a bien compris, qui inscrit dans le Livret Scolaire Unique des cycles 3 et 4 l'accompagnement personnalisé comme élément indispensable à l'acquisition des compétences du socle, et si le dispositif au collège est sensiblement différent de celui du lycée, il n'en est pas moins vrai que l'esprit est bien le même : répondre aux besoins des collégiens.

Autant de pistes à explorer, d'activités à expérimenter, dans une formation à l'accompagnement qui réunisse tous les acteurs, enseignants comme responsables de la vie scolaire. Car on ne naît pas accompagnant, on le devient. Et pas tout seul... Former une équipe, plus qu'un enseignant isolé, même motivé, voilà qui participe d'une vraie dynamique pour ancrer le dispositif dans la continuité, et l'inscrire comme la mission essentielle de l'enseignement.

Si accompagner s'apprend en partie en formation, de préférence collégiale, c'est surtout au fil des expériences sur le terrain qu'on apprend à accompagner, et d'abord, dans ce dispositif propice aux expérimentations multiples, véritable « laboratoire » pédagogique. Mais, au final, c'est avec l'envie de dépasser ce cadre, pour poursuivre la mission en classe, dans un contexte pluridisciplinaire, avec ses collègues, et dans le Supérieur également, que l'accompagnement se met en place. Le dispositif n'a finalement fait que légitimer ce que bon nombre d'enseignants mettaient déjà en œuvre

intuitivement, de façon isolée, dans leurs séances, et qui désormais fait partie d'une dynamique commune, vers laquelle toute l'équipe devrait converger.

Entre désir et réalité, réticence et dynamisme, questionnements et esquisses de réponses, la distance tend à se réduire. Mais on le sait bien : l'accompagnement au changement est nécessaire, et partir du déjà-là fait partie des principes d'une formation réussie, autant pour rassurer que pour motiver et innover. On ne part pas vraiment de rien, et l'enseignant doit reprendre confiance en lui et en ses compétences. Formations, échanges, réflexions sur ses pratiques...travail d'équipe donc, sont indispensables afin de différencier sa pédagogie, mais surtout de donner du sens, en revenant à l'étymologie du mot« pédagogue » : celui qui accompagne l'enfant sur le chemin. Alors, si accompagner le jeune lui permet de se trouver, accompagner l'enseignant vers cette mission d'accompagnement lui ouvre tout un champ de possibles pour s'accomplir et s'épanouir, et maîtriser ces compétences d'accompagnant. Et si «... *on ne peut que l'aider à se découvrir lui-même* », c'est déjà beaucoup.



**TSCHOPP Geneviève**, Professeure formatrice à la Haute Ecole Pédagogique du canton de Vaud, Suisse. Membre de l'unité d'enseignement et de recherche AGIRS (Acteurs, Gestions, Identités, Relations et Systèmes). Responsable du groupe de recherche GRAFER (Groupe de recherche : Accompagnement-Formation, Ecriture réflexive) des modules d'intégration en formation primaire des enseignant-e-s.

## **Accompagner le développement d'une écriture réflexive chez les enseignant-e-s dans l'espace de redéfinition d'une formation en alternance intégrative**

Si la reconnaissance d'une professionnalité comme produit d'une formation peut se satisfaire d'une "posture de contrôle", la reconnaissance d'une professionnalité émergente nécessite une "posture de la reconnaissance" tout au long du processus. (Jorro et De Ketele, 2011, p. 173).

**Mots-clés** : alternance intégrative et projective – écriture réflexive – accompagnement – projet de formation

### **1. Alternance intégrative en formation et tissage entre savoirs et expériences**

Dans le contexte suisse d'injonction à la professionnalisation des enseignant-e-s des degrés primaires<sup>75</sup>, le-la futur-e enseignant-e suit sur trois ans un parcours de formation qui le-la fait croiser l'univers du terrain professionnel avec l'univers de la Haute Ecole Pédagogique. Un des objectifs de la formation en alternance est de favoriser une meilleure intégration des savoirs disciplinaires, professionnels et d'expérience (Lahaye, Lessard et Tardif, 1990, cités par Altet, 2008), et d'apporter des réponses à cette opposition relevée entre actions et réflexion. Je retiendrai spécifiquement ici le contexte de la HEP du canton de Vaud où j'interviens comme formatrice.

D'un côté, les enseignant-e-s en devenir sont placés sous la responsabilité d'un-e enseignant-e praticien-ne formateur-trice (PraFo) qui les accueille dans sa classe lors des stages, les accompagne, les évalue et leur attribue une note finale<sup>76</sup>. De l'autre côté, la plupart des modules d'enseignement dans des champs didactiques, pédagogiques et des sciences de l'éducation sont dispensés par des formateur-trice-s qui évaluent en fin de semestre ces candidat-e-s dans les champs disciplinaires

---

<sup>75</sup> Pour enseigner à des élèves de 4 à 12 ans.

<sup>76</sup> Si le stage ne se déroule pas de manière satisfaisante : pour attribuer la note finale du stage, une co-évaluation est mise sur pied, elle implique alors le-la PraFo, des formateur-trice-s de la HEP des représentant-e-s l'unité responsable de la formation pratique.

concernés. Ces deux univers se voient unis dans un référentiel de onze compétences professionnelles de formation (2015, 2004)<sup>77</sup>.

**Peu de passerelles** existent entre ces deux *mondes*, et c'est à l'étudiant-e, que revient cette mission de tisser ces savoirs et expériences (Perrenoud, Altet et Lessard, 2008) pour favoriser sa professionnalité, sa montée en compétence, de se bricoler son parcours. Ces enseignant-e-s en formation se disent tiraillés entre les savoirs hétérogènes et les identités avec lesquelles ils composent.

La formation pour enseigner aux degrés primaires, de 180 crédits ECTS, sur 3 ans à plein temps, se décline de la manière suivante, avec repérage des modules d'intégration sur lesquels nous allons nous arrêter.

	1 <sup>ère</sup> année ECTS	2 <sup>ème</sup> année ECTS	3 <sup>ème</sup> année ECTS	Total ECTS
Formation pratique en stage	9	12	15	<b>36</b>
Modules d'enseignement à la HEP [dont les modules d'intégration]	51 [6]	48 [3]	45 [3]	<b>144</b> <b>[12]</b>
Total ECTS	60	60	60	<b>180</b>

Les modules d'intégration ont dans leur parcours un statut particulier : ils ne font pas l'objet d'une évaluation certificative, mais formative et continue, sur les 3 ans. Nous retenons le double sens d'intégration :

- d'une part inscription dans une **communauté d'apprenants avec un groupe stable** dans sa composition pour toute la durée de la formation,
- et d'autre part **l'intégration à soi du contexte, forme d'incorporation des savoirs** liés à la profession.

Les modules d'intégration accompagnent l'étudiant-e tout au long de son parcours de formation et tendent à favoriser l'intégration des différentes composantes de ce parcours, cherchent à développer une posture réflexive et l'engagent à relier formation pratique (stage) et formation théorique par l'analyse de ses expériences de vie et de formation, les savoirs et compétences qui y sont associés. (Livret de cours HEP, 2016-2017)

Nous qualifions les séminaires d'intégration d'espaces-tiers ou transitionnels (Tschopp et Stierli, 2016 ; Pineau, 2007).

<sup>77</sup> <https://candidat.hepl.ch/files/live/sites/systemsite/files/interfilieres/referentiel-competes-2015-hep-vaud.pdf>

## 2. Écriture réflexive accompagnée pour un pouvoir penser et agir renforcés

Jusqu'ici, des outils comme le journal de bord, le dossier de formation et le métatexte ont été privilégiés pour permettre aux alternant·e·s de se former (Tschopp, 2014). Ces **trois outils d'intégration**, introduits dès le 2<sup>ème</sup> semestre, accompagnent l'étudiant·e dans son parcours de formation. Chaque formateur·trice propose en cours de semestre plusieurs évaluations formatives aux étudiant·e·s de son groupe qui permettent aux intéressé·e·s de prendre la mesure de leurs acquisitions, du développement de leurs compétences. L'écriture réflexive (Buysse et Vanhulle, 2009; Cros, 2009) chez ces aspirant·e·s enseignant·e·s nécessite un véritable accompagnement (Paul, 2016, 2015 ; Pérez-Roux, 2015 ; Vial et Caparros-Mencacci, 2007). D'ailleurs, si l'écriture est une mise à distance de l'action, il nous apparaît qu'elle peut également orienter et soutenir celle-ci.

Ecrire oblige à se poser des questions sur ce qui arrive, mais aussi à entrevoir toutes les possibilités afin de dépasser une difficulté. [...] De nouvelles issues, auxquelles nous n'avions pas pensé pendant l'action, surgissent pendant l'écriture. (Myftiu, 2016, p. 9)

En considérant les caractéristiques spécifiques de la situation qu'elle approche, l'écriture évite une décontextualisation que nous pouvons reprocher parfois aux perspectives théoriques.

Depuis l'été 2015, le plan d'action « *Promouvoir et renforcer la formation par alternance* » occupe notre institution de formation. La transition vers une alternance intégrative et projective (qui prépare le passage au monde du travail) y est souhaitée, alors que nous reconnaissons dans les pratiques actuelles une alternance dite « juxtapositive » (Vanhulle, Merhan et Ronveaux, 2007). Plusieurs mandats ont été définis et confiés par la Direction à des équipes de projet. Un de ces mandats porte sur la redéfinition de ces modules d'intégration « en tant qu'espace de travail primordial de l'alternance intégrative, interface entre expérience vécue ou observée en stage et ressources disponibles à la HEP ». Des groupes de travail, composés de formateur·trice·s de la HEP et du terrain (et depuis peu de quelques étudiant·e·s) ont ainsi vu le jour.

La réorientation annoncée de ces dispositifs d'intégration a entraîné du côté des formateur·trice·s y intervenant des mouvements de craintes et de repli défensif, des enthousiasmes pour certain·e·s, des confrontations pour d'autres. En qualité de responsable de ces modules, co-conceptrice il y a 12 ans de ces dispositifs, de formatrice-accompagnante y intervenant depuis leur création et de chercheuse sur la construction de l'identité professionnelle et l'écriture réflexive en particulier, notre positionnement est celui d'une **chercheuse attachée à son objet**. Notre subjectivité se mêle à notre intention d'entrer dans une perspective compréhensive de ce qui se joue en termes de redéfinition de cette formation en alternance.

### 3. Position des personnes accompagnantes et de celles accompagnées

Nous avons souhaité par notre démarche de recherche collaborer avec une partie des acteur·trice·s concerné·e·s auquel·le·s nous avons accès.

Nos **données** relèvent

- d'une part d'un compte-rendu d'une séance de communauté de pratiques qui a réuni 25 personnes du **corps enseignant des modules d'intégration** en mai 2016 (sur les 40 qui la composent) où ont été discutés le mandat et l'évolution des dispositifs. Cette source est complétée par des notes personnelles et compte-rendu de séances de travail dans le cadre de ces mandats (2015-2017).
- D'autre part, nous avons fait passer un sondage auprès d'**étudiant·e·s en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année de formation** en avril 2016, sous forme de questionnaire écrit et anonyme (avec 52 personnes répondantes).

#### *3.1 Commençons par la position des personnes accompagnantes*

En référence au mandat présenté antérieurement, portant sur les modules d'intégration, quelques possibles ont été esquissés<sup>78</sup> par le groupe de travail et présentés au printemps. Nous en relevons les orientations principales qui tendent à :

- Développer la pratique réflexive en lien prioritairement avec les stages et soutenir ainsi la professionnalité émergente tout en renforçant les liens avec les praticien·ne·s formateur·trice·s (PraFos).
- Effectuer des analyses de pratiques collectives en séminaire, certaines avec des PraFos.
- Disposer de traces au moyen de journal de bord, vidéo, visite, contrat et rapport de stage pour favoriser le développement de compétences professionnelles.
- Suivre l'évolution au cours des trois ans de la formation du journal de bord : du journal de stage au journal réflexif vers le journal pédagogique et didactique en 3<sup>ème</sup> année.
- Repenser le dossier de formation en fonction de l'évolution des objectifs.
- Reconsidérer la posture de formateur·trice·accompagnant·e en donnant la priorité à l'évaluation formative.

La redéfinition de ces dispositifs oblige aussi à spécifier les **enjeux d'une écriture des pratiques professionnelles** (Kaddouri, 2006 ; Jorro, 2002), à repenser ces outils et leur accompagnement, à considérer cette écriture comme circulant entre formateur·trice·s de l'institution de formation et celles et ceux du terrain. Les discussions à l'occasion de cette présentation ont amené diverses réflexions partagées ici.

---

<sup>78</sup> Eléments liés aux mandats 2 et 3 du plan d'action « Promouvoir et renforcer la formation par alternance » présentés par M. Cusinay le 30 mai 2016 en communauté de pratiques.

Le dossier de formation a actuellement un statut semi-public, de par son partage dans l'espace du séminaire et au-à la formateur·trice qui l'évalue régulièrement et veille à stimuler l'analyse réflexive de son auteur·e. Considérant les changements à venir, nous pourrions imaginer que certaines parties du dossier soient présentées par l'étudiant·e à son·sa PraFo, pour un autre regard, voire des regards croisés entre les trois acteur·trice·s de l'alternance. Une idée stimulante serait de présenter cet outil d'intégration à des PraFos intéressé·e·s et de considérer avec elles-eux les actions possibles.

Il est ressorti des discussions en réaction à ce mandat la volonté des formateur·trice·s des séminaires d'intégration d'en conserver la nature d'espace privilégié ou sécuritaire, en œuvrant dans une logique d'accompagnement et d'évaluation formative.

En imaginant des séances de **partage de pratiques** collectives, on pourrait envisager l'option que ce ne soit pas nécessairement le groupe de l'étudiant·e évalué en stage que la·le PraFo rejoigne, pour éviter les possibles « interférences ». Une autre vigilance porte sur la nature de la trace apportée du stage par cet·te étudiant·e, avec un risque de remise en cause de la pratique de la·du PraFo.

Ces réflexions amènent les formateur·trice·s à visiter les **postures plurielles** avec lesquelles ils-elles naviguent (Le Bouëdec, Lavenier et Pasquier, 2016) et à clarifier les enjeux de ces postures tout en insistant sur la **préservation d'un espace de formation-accompagnement** – les modules d'intégration – à l'écart de la certification de la formation pratique (Vial, 2007 ; Gremion et Cohen, 2015).

Au niveau des positions des **formateur·trice·s des modules d'intégration**, pointons encore :

- l'implication des acteur·trice·s et leur enthousiasme à collaborer avec les collègues du terrain ;
- le souhait de disposer des moyens pour penser cette collaboration et pour le mettre en œuvre correctement ;
- l'existence de liens entre formation en stage et modules à la HEP lorsque les étudiant·e·s amènent en séminaire des situations pratiques à analyser.

Il faut souligner que les contacts des PraFo avec la HEP se limitent à l'heure actuelle aux situations problématiques qui surgissent en stage, situations non favorables au partenariat ; il existe la crainte d'une « déshumanisation ou instrumentalisation des séminaires d'intégration à des fins de formatage – centré sur les compétences à acquérir – et non de formation par un accompagnement centré sur l'humain en (trans-)formation ». (Communauté de pratiques, notes de séances, mai 2016).

Depuis cette rencontre, le mandat de réalisation du Plan d'action s'est vu précisé par la Direction de la formation. L'alternance projective visée soutient le développement de « dispositifs qui permettent à l'étudiant d'élaborer son **projet de formation et d'insertion** dans un contexte professionnel », passant par la construction d'un « dispositif de formation pratique qui articule de façon dynamique le

stage et le séminaire d'intégration orientés vers la réalisation du projet de formation professionnelle ». Une rencontre en 3<sup>ème</sup> année de formation réunira étudiant·e – PraFo – formateur·trice du séminaire d'intégration consacrée à la réalisation de ce projet. L'étudiant·e aura à rendre compte de ce dernier.

### **3.2 Poursuivons par la position des personnes accompagnées**

Nous avons soumis au printemps 2016 un questionnaire aux **étudiant·e·s en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année de formation** sur le sens des modules d'intégration dans leur forme actuelle et leur possible évolution. En fonction du temps à disposition pour cette présentation, je partagerai ici exclusivement l'analyse de ces résultats (tenant ces derniers à votre disposition).

Les étudiant·e·s soulignent globalement la très forte valorisation et identification des séminaires comme un **espace-tiers** (84% des réponses) où la réflexivité est stimulée par des partages et analyses de moments de la pratique, où les liens entre les différents temps et espaces de la formation sont abordés. Les **outils** (dossier de formation, métatexte et journal de bord) semblent également reconnus dans cette fonction de facilitation de l'intégration, associés aux liens dits « théorie-pratique », mais la place donnée à l'écriture ne convainc pas tout le monde. Même si le terme « accompagnement » apparaît peu dans les réponses des étudiant·e·s, ils·elles apprécient le suivi dont ils·elles bénéficient, la possibilité d'infléchir le contenu des séminaires par l'expression de besoins ou formulations de demandes qui orientent les thématiques débattues. Les entretiens individuels sont reconnus comme une composante importante de cet accompagnement.

Concernant les **liens entre les séminaires et la pratique en stage**, ils semblent perçus de manière unidirectionnelle : les PraFos sont identifiés comme connaissant peu « ce qui se fait » à la HEP, dans les séminaires d'intégration en particulier. Ceci est déploré et pourrait évoluer dans le sens d'une collaboration renforcée. Quant à la **possible intervention du·de la formateur·trice du séminaire pour le suivi de l'étudiant·e en stage**, elle n'est clairement pas attendue (90% des répondant·e·s), excepté si le stage « fait problème » (48%). Le·la formateur·trice HEP aurait alors un rôle de médiation ou de contrôle (qui n'est pas celui envisagé) mais ce vœu signale un souci majeur dont l'institution devrait se saisir. Le souhait d'un deuxième regard sur leur pratique est néanmoins espéré de plus d'un quart des personnes entendues, permettant une meilleure connaissance par les formateur·trice·s HEP de leur contexte. Plusieurs commentaires pointent des enjeux particulièrement intéressants quant à la posture de l'étudiant·e qui devrait satisfaire deux univers, au recouvrement potentiellement problématique des fonctions d'accompagnement et d'évaluation /de certification.

## **4. Perspectives en regard de cette redéfinition**

Favoriser le développement du **dossier de formation comme « objet frontière »** (Trompette et Vinck, 2010 ; Minvielle, 2006) circulant entre ces univers de formation et l'invitation à recueillir des traces de la pratique (sous forme de vidéo par exemple) à pouvoir analyser en séminaire (avec contribution des PraFos) font partie des pistes actuellement discutées dans les groupes de travail.

Nous pourrions y ajouter la perspective prioritaire de **rendre accessible les apports des modules de formation** – ceux des séminaires d'intégration en particulier – à nos collègues enseignant·e·s et formateur·trice·s de la pratique.

Le souhait des étudiant·e·s d'étoffer les liens entre séminaire d'intégration et stage comme celui à l'unanimité des formateur·trice·s (et des PraFos<sup>79</sup>) soutient les changements annoncés d'une collaboration renforcée, avec des réserves majeures néanmoins quant au basculement d'une posture d'accompagnement à celle de certification. Ces perspectives d'évolution se nuancent ainsi de points d'attention ou de vigilance, apportés par accompagnant·e·s et accompagné·e·s. Points que nous sommes invités à explorer, en regard également des ressources et moyens (en temps, en formation, en projection, en prise en compte des acteur·trice·s) pour mettre en œuvre ces changements.

L'enquête auprès des bénéficiaires de ces modules et leurs formateur·trice·s des séminaires d'intégration relève quelques inquiétudes quant à des collaborations peu effectives, à la relative méconnaissance par les formateur·trice·s du terrain de leurs pairs à la HEP (et réciproquement).

**Penser et analyser collectivement son agir professionnel** est plébiscité par les accompagnant·e·s et les accompagné·e·s, avec volonté d'en poursuivre son développement. Quant à l'accompagnement et à l'écriture réflexive, valorisés par les formateur·trice·s, ils sont peu cités par les étudiant·e·s. Néanmoins ceux-ci les associent à la définition des séminaires d'intégration et au sens qu'ils reconnaissent à ce dispositif.

Le **sens** des séminaires nécessite d'être précisé. À ce titre, nous avons possiblement à affirmer plus clairement notre lien avec le paradigme du **praticien réflexif** (Schön, 1993), paradigme qui réconcilie (Snoeckx, 2008) les différentes sphères d'expériences de la personne et favorise leur appropriation en vue d'un « savoir-analyser ». Plus spécifiquement, l'écriture réflexive peut participer d'un **auto-accompagnement** de la personne, d'une intégration de sa trajectoire de formation, d'une **pouvoir penser et agir renforcés** (Jorro, 2007 ; Champy-Remoussenard, 2009 ; Snoeckx, 2016).

Avec la perspective d'un **projet professionnel** qui serait co-évalué par les formateur·trice·s des séminaires d'intégration et les PraFos, nous avons à être vigilant·e·s quant aux interactions entre écriture outil de formation et écriture outil d'un rendre-compte réflexif ! Notre focale porte prioritairement sur le développement des compétences auto- et co-évaluatrices des futur·e·s enseignant·e·s pour qu'ils-elles posent des stratégies régulatrices de leur activité.

En mouvement vers une alternance projective souhaitée par les responsables de la HEP, nous reconnaissons avec Jorro (2007, p. 112) que « l'alternance est d'autant mieux vécue par les stagiaires que des relations partenariales existent : les principes d'intérêt mutuel entre les parties, d'autonomie des partenaires contribuent à la fondation d'une alternance professionnalisante. » Avec cette chercheuse, nous espérons que le goût d'un former ensemble pourra se préciser, dans la

---

<sup>79</sup> PraFos auxquels André (2015) et Zinguinian et André (2015) nous permettent d'accéder en pointant les défis que relèvent l'évaluation de la formation pratique.

reconnaissance des expertises, postures et préférences de chacun·e, avec des conditions de dégustation répondant le plus possible aux besoins des un·e·s et des autres. L'annonce par la direction de la HEP de la mise sur pied de programmes de formation à l'intention des intervenant·e·s pour soutenir une mutualisation des pratiques (comme nous pouvons le vivre dans l'espace de la communauté de pratiques des formateur·trice·s des séminaires d'intégration) est ainsi porteuse de bonnes conditions. Le processus permanent d'évolution de ces dispositifs nous amènera à concrétiser certaines solutions parmi une série de possibles. À cette fin, mieux connaître la position des acteur·e·s de l'alternance (ici les formateur·trice·s des séminaires d'intégration et étudiant·e·s-stagiaires) sera un soutien aux décisions qui seront prises. Notre défi aujourd'hui : penser ensemble l'accompagnement du chemin de l'alternant·e et son évaluation.

### Références bibliographiques

- Altet, M. (2008). Rapport à la formation, à la pratique, aux savoirs et reconfiguration des savoirs professionnels par les stagiaires. Dans P. Perrenoud et al. (dir.), *Conflits de savoirs en formation des enseignants* (p. 91-105). Bruxelles : De Boeck.
- André, B. (2015). L'usage du référentiel de compétences par les formateurs de terrain pour évaluer les étudiants en stages. *Evaluer. Journal international de Recherche en Education et Formation*, 1(3), 57-72.
- Buysse, A. et Vanhulle, S. (2009). Écriture réflexive et développement professionnel : quels indicateurs ?, *Questions Vives* [en ligne], 5, 11, 225-242. Récupéré le 30 septembre 2016 de <http://questionsvives.revues.org/603>
- Champy-Remoussenard, P. (2009). Caractéristiques et fonctions de l'écriture sur l'activité professionnelle : l'éclairage des pratiques de VAE en France. Dans F. Cros, L. Lafortune, M. Morisse (dir.), *Les écritures en situations professionnelles* (pp. 73-94). Québec : PUQ.
- Cros, F. (2009). *L'écriture, entre développement professionnel et développement personnel*. *Vie sociale*, 2, 23-34. DOI : 10.3917/vsoc.092.0023
- Gremion, Ch. et Cohen, P.-F. (2015). De l'influence du contrôle dans les dispositifs d'accompagnement. *Evaluer. Journal international de Recherche en Education et Formation*, 1, (3), 11-27.
- Jorro, A. (2002). Ecrire en formation. *Les Cahiers de Pédagogie Expérimentale*. n°11-12, 11-31, Université de Liège. Récupéré de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00283651>
- Jorro, A. (2007). L'alternance recherche — formation — terrain professionnel, *Recherche et formation*, 54, 101-114 Récupéré le 1er octobre 2016 de <http://rechercheformation.revues.org/938>
- Jorro, A. et De Ketele, J.-M. (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles : De Boeck.
- Kaddouri, M. (2006). Quelques considérations transversales à propos de l'écriture sur sa pratique professionnelle. Dans F. Cros (dir.), *Ecrire sur sa pratique pour développer des compétences professionnelles* (p. 241-253). Paris : L'Harmattan.
- Le Bouëdec, G., Lavernier, T. et Pasquier, L. (2016). *Les postures éducatives. De la relation interpersonnelle à la communauté apprenante*. Paris : L'Harmattan.



- Minvielle, A. (2006). Les parties prenantes : un objet frontière. Dans M. Bonnafous-Boucher et Y. Pesqueux (dir). *Décider avec les parties prenantes* : Paris, La Découverte , Recherches, 2006, 173-186. Récupéré le 12 octobre 2016 de : <http://www.cairn.info/decider-avec-les-parties-prenantes-9782707147844-page-173.htm>
- Myftiu, B. (2016). *Récits d'expérience. Tome 1*. Nice : Les Editions Ovidia.
- Paul, M. (2015). L'accompagnement: de la notion au concept. *Education Permanente. Accompagnement, réciprocité et agir collectif*, 205, déc. 2015, 21-29.
- Paul, M. (2016). *La démarche d'accompagnement*. Bruxelles : De Boeck.
- Pérez-Roux, T. (2015). Accompagnement des transitions professionnelles et dispositifs réflexifs en formation initiale et continue, *Questions Vives*, 24, 2-26. Récupéré le 8 août 2016 de <http://questionsvives.revues.org/1853>
- Perrenoud, P., Altet, M. et Lessard, C. (2008). *Conflits de savoirs en formation des enseignants : entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Pineau, G. (2007). Préface. effe : Une démarche de formation – action – recherche triplement porteuse d'avenir. Dans M.-T. Sautebin-Pousse (dir.), *Déployer les compétences et pouvoir agir. Ou l'envol du cerf-volant* (pp. 12-19). Lausanne : Réalités sociales.
- Schön, D. A. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (J. Heynemand et D. Gagnon, trad.). Montréal : Les Editions Logiques (Ouvrage original publié en 1983 sous le titre *The Reflective Practitioner*. New York : Basic Books).
- Snoeckx, M. (2008). Entre théories et pratiques : réconciliation autour du paradigme du praticien réflexif. Dans P. Perrenoud et al. (dir.), *Conflits de savoirs en formation des enseignants: entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience* (p. 125-140). Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Snoeckx, M. (2016). Intégrer les pratiques d'explicitation dans la formation par l'écriture. Dans A. Mouchet (dir.), *L'entretien d'explicitation. Usages diversifiés en recherche et en formation* (p. 251-272). Paris : L'Harmattan.
- Trompette, P. et Vinck, D. (2010). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(1), 11-15.
- Tschopp, G. (2014). Devenir enseignant par le récit de son expérience dans son dossier de formation : enjeux d'une pratique et d'une écriture qui rend compte. Dans J. Berton et D. Millet (dir.), *Ecrire sa pratique professionnelle. Secteurs sanitaire, social et éducatif* (p. 121-133). Paris : Seli Arslan.
- Tschopp, G. et Stierli, E. (2016). Récit de soi et d'autrui pour accompagner la formation des futur-e-s enseignant-e-s. Dans G. Tschopp et M.-C. Bernard (dir.), *Actes du panel "L'appel biographique" (groupe ASIHVIF) : Pratiques du récit de vie en formation articulées à des questions d'accompagnement* (p. 23-34). Québec : Livres en ligne du CRIRES. Récupéré le 13 novembre 2016 de [http://lel.crires.ulaval.ca/public/tschopp\\_bernard\\_2016.pdf](http://lel.crires.ulaval.ca/public/tschopp_bernard_2016.pdf)
- Vanhulle, S., Merhan, F. et Ronveaux, C. (2007). Introduction. Du principe d'alternance aux alternances en formation des adultes et des enseignants : un état de la question. Dans F. Merhan et al. (dir.), *Alternances en formation* (pp. 7-45). Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Vial M., Caparros-Mencacci N. (2007). *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative*. Bruxelles : De Boeck.
- Vial, M. (2007). L'accompagnement professionnel. Une pratique d'étayage. RéseauEval. Récupéré en 2011 de <http://www.reseaeval.org>

- Zinguinian, M. et André, B. (2015). Approche comparative de deux instruments d'évaluation relatifs à l'aptitude à enseigner. *Evaluer. Journal international de Recherche en Education et Formation*, 1(3), 73-93.

## **ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES**



## **L'accompagnement de la personne : quels projets, quels enjeux, quelles formations ?**

*Bibliographie, Centre Documentaire IRTS Aquitaine  
Colloque du 16 et 17 mars 2017*

### ***Le concept d'accompagnement***

#### **Ouvrages**

CEFALI Mireille, THEBERGE Mariette, BOURASSA Michelle (dir), *Cliniques actuelles de l'accompagnement*, L'harmattan, 2010

CEFALI Mireille ; GIUST-DESPRAIRIES Florence (dir), *Formation clinique et travail de la pensée*, Editions De Boeck Supérieur, 2008

PAUL, Maela. *La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques*. De Boeck, 2015

#### **Articles**

BASCO, Louis. Pour une pédagogie de l'accompagnement. *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, 2012, p.1026-1028

CORNU, Laurence. Accompagner : entrer en compagnie. *Education permanente*, n°205, 2015, p.41-52

GRIMAUD, Lin. De quoi parle la notion d'accompagnement ? *Empan*, n°74, 2009, p.29-34

LE GOFF, Yann. Le « trop... » et le « pas assez ... » impliqué ou distant : pour une éthique de la proximité en travail social. *Les cahiers de l'actif*, n°460-461, 2014, p.59-97

PAUL, Maela. L'accompagnement : de la notion au concept. *Education permanente*, n°205, 2015, p.21-29

PAUL, Maela. L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, n°20, 2009, p.11-63

ROBERTIS, Cristina (De). L'accompagnement ... une fonction du travail social. *Revue française de service social*, n°223-224, 2007, p.16-23

### ***Accompagnement et pratiques professionnelles***

#### **Ouvrages**

AYMOT, Jean-Jacques. *Développer la coordination gérontologique : stratégie, dispositifs et pratiques*. Dunod, 2006

- CASAGRANDE, Alice. *Ethique et management du soin et de l'accompagnement*. Dunod, 2016
- CHANTIER, Adaj. *L'accompagnement à tous les âges de la vie : chemin d'évolution personnelle et nécessité sociale*. Chronique sociale, 2011
- COLLECTIF LES ECRITS DE BUC RESSOURCES. *La spécificité de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques : le lien d'accompagnement au risque de la relation*. L'Harmattan, 2014
- DEMATEIS, Claude. *Accompagner et prendre soin en institution médico-sociale : une approche sensible de la vie ordinaire*. SELI ARSLAN, 2015
- DEPENNE, Dominique. *Ethique et accompagnement en travail social*. ESF, 2012
- GUILLAUME, Fabrice. *Psychologie et vieillissement : bien naître au grand âge*. Presses Universitaires de Provence – Aix-en-Provence, 2015
- HELSON, Christian. *Accompagner le grand âge : psycho-gérontologie pratique*. Dunod, 2015
- LAFORCADE, Michel. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : sens, enjeux et méthodes*. SELI ARSLAN, 2008
- MORIN, Bertrand. *En couple et handicapés. Repères pour accompagner les personnes en situation de handicap intellectuel*. Dunod, 2016
- PANDELE, Sylvie. *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité : autres regards sur le handicap, le grand âge et la fin de vie*. SELI ARSLAN, 2009
- PAUL, Maela. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Harmattan, 2004

### Articles

- ANDRE, Laëtitia. Evolution des métiers du prendre soin à domicile : enjeux professionnels ? Enjeux de société ? *Gérontologie et société*, n°142, 2012, p.157-167
- BEAUVAIS, Martine. Accompagner, c'est juger. *Education permanente*, n°175, 2008, p.123-135
- CZAJA, Xavier. Accompagner des personnes souffrant de troubles cognitifs. *Doc'domicile*, n°40, 2015, p9-17
- DAMOUR, Christelle. Accompagner : oui mais sous contraintes. *Empan*, n°74, 2009, p.103-106
- DEPENNE, Dominique. Pour un accompagnement éthique et engagé dans la proximité. *Les cahiers de l'actif*, n°460/461, 2014, p.41-55
- DESIMPEL, Françoise. La nuit en EHPAD : un accompagnement à inventer. *Les cahiers de l'actif*, n°482-483, 2016, p.75-88
- GAILLARD, Georges. Se former à partir de la pratique. *Santé mentale*, n°hors-série, 2012, p.47-51
- LESAGE, Marc. Juste distance et juste attachement de l'imposture à la posture. *Doc'accompagnement*, n°1, 2016, p.21-22

- LOUBAT, Jean-René. Voici venu le temps des coachs sociaux. *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2901, 2014, p.34-35
- MARQUET, Alexandra. L'accompagnement des troubles psychiques. *Doc'AMP*, n°35, 2015, p.9-17
- MARQUET, Alexandra. Le relationnel ne s'apprend pas c'est inné. *Doc'AMP*, n°16, 2012, p.29-30
- MICHEL, Mireille. De l'éducation à l'accompagnement, quelles question pour le travail social ? *Vie Sociale*, n°4, 2013, p.177-190
- MICHIT, Robert. Compétences pour un rôle à multiples facettes. *Les cahiers de l'actif*, n°424-425, 2011, p.199-211
- OSSORGUINE, Marc. Comment prendre soin ? (dossier). *V.S.T*, n°126, 2015, p.11-80
- PAUL, Maela. L'accompagnement ... une posture professionnelle spécifique. *Revue française de service social*, n°223-224, 2007, p.11-15
- REUZE, Philippe. L'observation de soi dans la pratique professionnelle. *Doc'accompagnement*, n°2, 2014, p31-32
- RTHKEGEL, Patrick. QUERCY, Guillaume. Handicapés – vieux et vieux – handicapés. Même accompagnement ? *Les cahiers de l'actif*, n0455, 2014, p.73-86
- TREMINTIN, Jacques. Accompagner : jusqu'ou peut-on aller trop loin ? *Lien Social*, n°1187, 2016, p.24-26
- VALMONT, David. Complexité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. *Doc'domicile*, n°36, 2015, p.21-22
- VION, Aurélie. Handicap : un réseau pour accompagner l'avancée en âge. *Travail Social Actualités*, n°53, 2014, p.24-26
- Bien vieillir à domicile : accompagner les seniors. *Gérontologie, le journal des métiers de la gérontologie*, n°174, 2015, p.29-35
- Comment mieux adapter la formation aux besoins du terrain. *Journal de l'action sociale*, n°174, 2013, p.47-51

## **Projet d'accompagnement**

### **Ouvrages**

- MERLIER, Philippe. *Normes et valeurs en travail social : repères pour le soin de la relation. Comment accompagner sans normaliser ?* SELI ARSLAN, 2016
- VERCAUTEREN, Richard. *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*. Eres, 2010

### **Articles**

- BOUKELAL, Ali. La co-construction , la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du projet personnalisé : repère méthodologiques et outils opérationnels. *Les cahiers de l'actif*, n°451, 2013, p.15-168

HAJJAR, Meriem. Le rôle du projet personnalisé d'accompagnement en EHPAD. *Les cahiers de l'actif*, n°439, 2013, p.163-170

## **L'inclusion**

### **Ouvrages**

BRUN-PICARD, Yannick. *Accompagnant d'élèves en situation de handicap. Articulation scolaire d'intégration sociétale*. L'Harmattan, 2015

MANCO, Altay. *De la discrimination à l'inclusion en milieu scolaire*. L'Harmattan, 2015

VENTOSO-Y-FONT, Annick ; FUMEY Julien, *Comprendre l'inclusion scolaire*, Editions Canopé, 2016

### **Articles**

CHENUT, Martial. L'inclusion, une révolution culturelle des modes d'accompagnement. *Lien Social*, n°1155, 2015, p.34-36

COURTOIS, Gérard. Pour un accompagnement précoce, proche, modulable, durable et respectueux ... de l'enfant polyhandicapé et sa famille. *Réadaptation*, n537, 2007, p.27-28

GUILLON, Noël. L'accompagnement se réinvente hors les murs. *Travail social actualités*, n°38, 2012, p.15-19

JOURDY, Philippe. Inclusion scolaire : quel rôle pour le médico social ? *Sésame*, n°184, 2012, p.8-10

PLAISANCE, Eric. Paroles d'acteurs de l'école inclusive. *Nouvelles revues de l' AIS*, n°57, 2012, p.93-110

THOMAZET, Serge. L'école inclusive comme objet frontière. *Nouvelle revue de l' AIS*, n°70/71, 2015, p.137-147

THOMAZET, Serge. L'intégration a des limites, pas l'école inclusive ! *Trisomie 21*, n°63, 2010, p.4-5