

La citoyenneté des usagers est-elle soluble dans les pratiques institutionnelles ?¹

La mise en œuvre de la Loi 02/2002 passe par l'introduction de la citoyenneté dans les pratiques du secteur social et médico-social, citoyenneté qui se traduit également par l'élaboration de certains documents. Cela ne se fera pas sans mal, pour deux raisons au moins. D'abord, cette introduction implique un changement de mentalité. Or tout changement de cette nature prend beaucoup de temps (songeons que certains établissements commencent à peine à « pratiquer » les annexes XXIV, voire les lois de 1975 !). D'autre part, elle exigera souvent un apport financier des autorités. Or rien ne laisse présager, bien au contraire, que ces dernières honoreront les engagements que la loi implique, malgré l'obligation de moyens dont est assortie toute nouvelle obligation légale. De plus, la Loi 02/2002 introduit explicitement la pratique de l'évaluation dans le secteur, pratique qui risque de rencontrer des obstacles majeurs.

INTRODUCTION

Loin de moi l'idée d'affirmer qu'il faudrait être travailleur social pour promulguer une loi sur le travail social, et d'ailleurs nombre de travailleurs sociaux ont, directement ou indirectement, effectivement contribué à l'élaboration de la Loi 02/2002. Je ne souhaite pas non plus me lancer dans une critique facile, et donc stérile, des législateurs et, par extension, des politiques qui les ont mandatés, en dénonçant leur éloignement de la réalité qu'ils sont sensés régir et leur confinement dans leur tour d'ivoire (ou d'argent). Cependant, il faut bien reconnaître que nombreux sont les employés des établissements sociaux et médico-sociaux où je prodigue mes formations qui ont du mal 1) à se reconnaître dans la loi, 2) à imaginer comment mettre **concrètement** cette loi en œuvre, et 3) à croire en la bonne foi du législateur pour ce qui est de son intention déclarée d'améliorer qualitativement la prise en charge² des usagers.

Yves Boutroue
Intervenant ACTIF

1. Cet article est tiré d'un ouvrage à paraître en 2004.

2. Tout au long de cet article, je m'exprimerai en terme de prise en charge, pour être mieux compris de ceux parmi mes éventuels lecteurs qui, familiers du secteur, emploient cette terminologie depuis des lustres. Mais il est certain que le terme « accompagnement » sera de plus en plus fréquemment employé dans ledit secteur, et que, donc, il faut comprendre « accompagnement » lorsqu'on lira ici « prise en charge ».

Pour examiner, dans le cadre limité qui m'est ici imparti, la loi en regard de la réalité, quoi de plus logique que de partir de la loi elle-même ? La Loi 02/2002 se décline selon quatre grandes orientations :

1. élargissement considérable du champ d'application de la loi de 1975 qu'elle rénove,
2. affirmation forte et répétée de la citoyenneté de l'utilisateur des établissements et services sociaux et médico-sociaux,
3. instauration de l'obligation d'évaluer l'impact des prises en charge sur les usagers et les pratiques des établissements et services,
4. timide mais incontournable obligation de travailler davantage en réseau.

Je n'approfondirai ici que le second point, et évoquerai le troisième, même si les deux autres posent également des problèmes concrets dans les établissements et services.

I - LA CITOYENNETÉ DES USAGERS

La citoyenneté fait l'objet d'un grand trouble. Non que le personnel des établissements ne pratique depuis longtemps un respect des usagers tout à fait conforme à l'esprit de la nouvelle loi. Le trouble porte sur trois points essentiels.

1. Qu'entend-on par citoyen ? Les travailleurs sociaux (et bien d'autres), très légitimement, se posent en effet la question suivante. La France n'a jamais été aussi riche, c'est-à-dire qu'elle n'a jamais produit autant de valeur. Dans le même temps, elle n'a jamais produit autant d'exclus, c'est-à-dire de membres de la société auxquels on interdit la participation à cette création de valeur et surtout à ses bénéfices (financiers ou autres)... tout en faisant généreusement partager à tout le monde ses effets néfastes (sur l'environnement et sur la cohésion sociale, notamment). Et c'est à ce moment là qu'on affirme la citoyenneté des « personnes en difficulté » ! De qui se moque-t-on ? N'y a-t-il pas là une véritable hypocrisie, un véritable double langage ? Ce qui permettrait aux autorités de ne faire aucunement obstacle aux forces qui privent (ou désirent priver) une part toujours plus importante de la population des bienfaits de l'enrichissement de la nation (c'est-à-dire les forces du libéralisme triomphant), tout en se permettant d'afficher une idéologie qui serait politiquement correcte ?
2. Comment mettre en pratique l'ensemble des documents qui sont désormais exigés des établissements au titre de cette citoyenneté, ce qu'on appelle les outils de la citoyenneté, et quelle est leur signification réelle (ce qui rejoint l'interrogation précédente) ? Ces outils sont au nombre de sept, et peuvent, séparément ou en groupe, faire l'objet de critiques plus ou moins légitimes : 1) le projet d'établissement, 2) le livret d'accueil, 3) le règlement de fonctionnement, 4) le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, 5) le conseil de la vie sociale, 6) la charte des droits et libertés de la personne accueillie, et 7) la personne qualifiée ou conciliateur.

**“Trop de sécurité
peut tuer la sécurité”**

3. L'intendance suivra-t-elle ? En effet, nombre des innovations de la loi risquent d'entraîner des surcoûts, en termes de temps et de personnel. L'État assumera-t-il l'obligation de moyens dont il doit assortir toute nouvelle loi ? De plus, certaines des orientations de la loi, et notamment pour ce qui est de l'évaluation, ne cachent-elles pas des désirs d'« économies d'échelles », de « rationalisations des choix budgétaires », de « dégraissages de mammoth », de « plans d'ajustements structurels » et autres gadgets financiers (et langagiers) uniquement destinés à réduire telle une peau de chagrin des dépenses publiques jugées excessives (par qui et au nom de quoi) ?

1.1 La citoyenneté de l'usager : des droits

En premier lieu, les établissements sont désormais tenus de faire en sorte que les droits citoyens de l'usager soient respectés. Mais quels sont-ils, et surtout quels peuvent être ces droits dans la réalité ? En voici quelques-uns, parmi les plus importants.

1.1.1 - Droit à la sécurité... et droit à l'erreur

Et oui ! Une notion si simple et fondamentale que la sécurité pose problème. En effet, on sait ou on devrait savoir, sur la foi des derniers développements de la recherche en la matière, que **trop de sécurité peut tuer la sécurité**. Si, dans les institutions, certains usagers ont des comportements autodestructifs, allant parfois jusqu'à mettre leur vie en danger, c'est souvent que ces comportements constituent leur seul moyen d'affirmer qu'ils existent. Par peur, en effet, que les usagers ne mettent en danger leur vie ou leur intégrité physique, et cela part donc d'un sentiment louable, les travailleurs sociaux ont une fâcheuse tendance à tout faire POUR eux. Or s'il est un droit humain à respecter, même si cela peut paraître paradoxal, c'est bien **le droit à l'erreur**. Ce que la Loi 02/2002 souligne d'ailleurs indirectement en substituant fréquemment à l'expression « prise en charge » le terme « accompagnement », c'est-à-dire en invitant instamment les travailleurs sociaux à FAIRE AVEC plutôt que FAIRE POUR les usagers.

Ce droit à l'erreur n'implique aucunement qu'il faille tendre à une personne atteinte de déficience intellectuelle une tronçonneuse et l'inviter à aller s'amuser dans la forêt. Le droit à l'erreur c'est aussi le droit de s'exposer à la moquerie des autres parce qu'on n'est pas vêtu correctement (dans les limites de la décence, bien entendu) ; c'est le droit de rater un rendez-vous chez le coiffeur ou le médecin et d'en supporter les conséquences (dans les limites, là aussi, du respect de l'intégrité de l'usager), c'est-à-dire de devoir contacter le coiffeur ou le médecin, s'excuser, s'expliquer, reprendre rendez-vous ; c'est le droit pour l'usager de ne pas parvenir à effectuer une opération, manuelle ou autre, de la plus élémentaire à la plus complexe, sans que quelqu'un le fasse à sa place pour lui éviter tout sentiment d'échec : or l'échec, s'il ne s'accompagne pas d'un sentiment d'infériorité (et là réside le travail de l'éducateur spécialisé), fait bien partie de la vie. On pourrait ici allonger à l'infini la liste des exemples.

Mais il est vrai, et c'est ce qu'objectent nombre de travailleurs sociaux, qu'il existe de nombreux cas limites qui font émerger la tendance procédurière croissante de notre société (copiant en cela les États-Unis d'Amérique). Jusqu'où aller dans la responsabilisation des usagers ? Va-t-on, par souci pédagogique, laisser un jeune handicapé d'IME traverser seul la rue au risque de sa vie, un risque, il est vrai, que chacun d'entre nous prend en exécutant la même manœuvre ?

“Les travailleurs sociaux se sentent pris entre le marteau et l'enclume”

Pour faire bref, les travailleurs sociaux se sentent pris entre le marteau et l'enclume. Ils ont à la fois peur de mal faire et en même temps d'une éventuelle mise en cause pénale. D'un côté, on exige désormais d'eux de responsabiliser l'utilisateur, de le laisser prendre les risques inhérents à une citoyenneté digne de ce nom, de l'autre « on » les attend au tournant si les choses tournent mal, ce « on » étant le plus souvent les parents ou les instances administratives. Les travailleurs sociaux peuvent bien sûr rétorquer à raison aux critiques qu'il est parfois plus dangereux pour la vie de l'utilisateur de faire trop pour lui que pas assez, mais un jury de tribunal l'entendra-t-il de cette oreille ?

Qu'en est-il dans les faits, de ce droit à la sécurité ? Quelques exemples permettront de s'en faire une petite idée, exemples dans le cadre desquels il faut éviter la caricature, ce qui n'est pas toujours facile.

C'est au nom de la sécurité qu'on oblige les résidents de tel foyer d'hébergement à être prêts à se coucher, les portes étant fermées, à 20h00 ! C'est-à-dire qu'on entrave sérieusement la liberté de mouvement d'adultes pourtant jugés suffisamment autonomes pour travailler en CAT. Dans le même établissement, les résidents ont le « choix », le week-end, entre participer aux activités de groupe organisées par l'institution ou ... rester « enfermés dehors », c'est-à-dire sans possibilité de réintégrer leur chambre, tant que dure la sortie de leur co-résidents, et ce par tous les temps !

C'est encore au nom de la sécurité qu'il est impossible, sans un digicode que ne possèdent pas les usagers, d'entrer ou de sortir de telle MAS pourtant située en pleine campagne. Qu'ont donc les usagers, à mobilité réduite pour la plupart, à craindre de si terrible de la verdure environnante ? Bien sûr les résidents de cet établissement, en sortant, pourraient se salir, être mouillés par la pluie, souffrir momentanément du froid ou de la chaleur selon la saison, et alors ? Plus grave, évidemment, est le risque de « fugues » volontaires ou non. Mais on pourrait alors envisager d'autres dispositifs permettant à la fois aux usagers de sortir des murs de l'institution sans être nécessairement accompagnés par le personnel et à l'établissement de s'assurer de leur sécurité (par exemple un cloisonnement « doux » de l'immense terrain alentour).

C'est toujours au nom de la sécurité que les portes des chambres de tel IMPro ne ferment pas à clé de l'intérieur (mais de l'extérieur, si !), n'autorisant pas ses ré-

sidants à ressentir le sentiment de paix et de bien-être que peut procurer la possibilité de s'enfermer. Il est évident, dans ce cas précis, que les portes devraient pouvoir s'ouvrir de l'extérieur ET de l'intérieur.

C'est enfin au nom de la sécurité qu'il est interdit aux usagers, pourtant adultes, de la plupart des foyers d'hébergement que j'ai visités de posséder le moindre médicament, même inoffensif, dans leur chambre. « Il est tellement plus facile d'interdire que d'expliquer ! », pourrait-on s'exclamer, mais je le répète, évitons la caricature. En effet, tout dépend du degré d'autonomie, existant ou possible à atteindre, dont jouit la population accueillie. S'il est irresponsable et inacceptable de laisser « traîner » des médicaments à la portée de personnes incapables de différencier adéquatement certains éléments de leur environnement, il doit être possible, dans le cadre du projet d'un usager, de laisser ce dernier, peu à peu et dans les limites de ses capacités, gérer au moins certains des médicaments dont il a besoin. Après tout, c'est de sa santé à lui, en tant que personne à part entière, dont il s'agit.

Pour ce qui est de la sécurité, donc, et sauf cas exceptionnel, il semble bien que la balle est dans le camp des établissements et services, et qu'il est avant tout question de transformer les pratiques, de les « désautomatiser », de faire en sorte que les personnels prennent de nouvelles habitudes. Il n'empêche que ces « nouvelles » pratiques, c'est indéniable, peuvent exiger davantage de temps de la part des équipes. Il est en effet plus rapide d'enfiler deux chaussettes de même couleur à un usager (parfois récalcitrant) sans lui demander son avis, que de prendre le temps de se contenter dans la mesure du possible de l'assister dans cette tâche tout en lui expliquant les conséquences d'une exécution « déviante » de ladite tâche (c'est-à-dire mettre deux chaussettes de couleurs différentes). L'intendance suivra-t-elle ?

1.1.2 - Droit à l'intimité

a) Les lieux et la pudeur

Même à l'heure d'un viol constant de l'intimité de tous (vêtements suggestifs, films dépourvus de toute pudeur, paparazzi, télé-réalité, etc. ...) le droit à l'intimité reste heureusement, en tout cas dans la vieille Europe, imprescriptible et, à ce titre, il concerne aussi les usagers des services sociaux et médico-sociaux.

J'ai vu dans une MAS rurale des salles de bains où on lavait plusieurs adultes en même temps, « tous » sexes confondus. « De toute façon, ils ne savent pas ce que c'est que la pudeur », opposa-t-on à mes remarques désapprobatrices. Je doute que cette pratique représente la meilleure manière d'enseigner ladite pudeur. Quoi qu'il en soit, mon passage eut pour résultat que les baignoires furent équipées de rideaux et que le personnel promit de réétudier les horaires afin de tenter d'offrir une toilette individuelle à « leurs » usagers. À la décharge du personnel, il est vrai que leur établissement, comme beaucoup d'autres, souffre de graves lacunes au niveau du taux d'encadrement des usagers. Encore un problème d'intendance !

Mais qu'en est-il de la compréhension, par les éducateurs concernés, du pourquoi de ces changements nécessaires de pratique ?

Bien sûr, il peut paraître incongru, pour le personnel et *a fortiori* pour une personne extérieure, d'évoquer la pudeur ou la décence au sujet de personnes privées de toute possibilité de mouvements autonomes ou totalement absorbées dans le monde mystérieux de leur autisme. La nudité, le regard de l'autre, la gêne, le corps même, ont-ils un sens pour « ces gens-là » ? On peut légitimement se le demander et les réponses ne sont pas simples. Au titre d'une logique de la normalisation, toutefois, ces notions doivent faire l'objet d'apprentissages divers, dans les limites des compétences de chacun, afin d'accompagner la personne vers l'acquisition des normes majeures de la vie sociale, dont une certaine décence fait (encore) partie. Car si à l'impossible nul n'est tenu, il semblerait qu'il est possible d'inculquer à l'immense majorité des personnes porteuses d'une déficience intellectuelle certaines notions touchant à la pudeur. Et, de toute façon, les établissements doivent faire en sorte, dans leur agencement comme dans les pratiques de leurs personnels, que tout soit mis en œuvre pour que l'intégration desdites notions soit possible.

D'autre part comment l'intimité des usagers peut-elle être respectée quand ils ne disposent pas encore, dans de nombreux établissements, de leur propre chambre, logés par deux, trois, voire davantage... et je suis persuadé qu'il existe encore çà et là de bons vieux dortoirs ? Il ne s'agit nullement d'obliger les usagers à loger en chambre individuelle s'ils ne le souhaitent pas, mais de leur en offrir la possibilité s'ils en expriment le désir (à leur manière, parfois si secrète et détournée), et de leur ménager, de toute façon, un espace privatif même s'ils partagent leur chambre.

S'il s'agit souvent davantage de volonté que de moyens, c'est-à-dire de planification et... d'intelligence, et si le secteur social et médico-social, dans sa composante institutionnelle en tout cas, n'est pas un secteur pauvre, il est indéniable que la mise en conformité des locaux, notamment en termes d'aménagements permettant l'intimité des usagers, peut, pour un nombre non négligeable d'établissements, représenter une charge financière insurmontable. Quelle sera, dans ce cas, l'attitude des autorités ?

b) La sexualité

Difficile d'évoquer le droit à l'intimité sans rencontrer le droit à la sexualité³. La question de savoir dans quelle mesure les travailleurs sociaux peuvent et doivent contribuer à l'épanouissement sexuel des usagers dont ils ont la charge est-elle prématurée en France ? En effet, avant même de parler d'épanouissement sexuel, il faudrait que soit levée l'*omerta* qui pèse sur le sujet dans la plupart des établissements, et donc sur les pratiques en la matière, souvent contraires aux intérêts des usagers. Pas de thermomètre pas de fièvre, n'est-ce pas ! À tel point que lorsque

3. Mme Barillet-Lepley, « Sexualité et handicap. Le paradoxe des modèles » in *Les Cahiers de l'Actif* n° 306/307, novembre-décembre 2001.

l'on brise le silence, ce qui fait souvent partie des attributions du formateur, on obtient parfois des réactions étranges. Ainsi, dans ce foyer d'accueil à « clientèle » exclusivement féminine, comme je demandais ce qu'il en était de la sexualité des usagères, on m'opposa des sourires entendus et des haussements d'épaules : « *mais voyons, ici, il n'y a que des filles* »!

“Il faudrait que soit levée l'omerta qui pèse sur le sujet de la sexualité dans la plupart des établissements”

En plus d'arguments pathologiques pour le moins douteux, les pratiques restrictives en matière de sexualité recourent souvent aux problématiques induites par le lieu de la prise en charge, jugé inadéquat, quand on n'évoque pas le problème de la « contagion » que sont susceptibles de déclencher des règles permissives, voire le problème moral qu'est censé poser l'encouragement d'une sexualité non liée à une vie de couple officialisée. Mais il y va parfois tout simplement de la compréhension par le personnel de ce qu'est la sexualité.

Dans tel foyer d'hébergement, établissement pour adultes ne l'oublions pas, quand je me permis d'évoquer, dans le cadre du droit à l'intimité, les occasions offertes aux usagers de se masturber, il me sembla qu'on ne comptait pas, parmi le personnel, cette pratique comme faisant partie intégrante de la sexualité humaine. Embarras. Tout est en effet question de définition : où commence la masturbation ? Plus précisément : à partir de quelle systématisme (ou fréquence) tel geste apparemment anodin devient-il « masturbatoire », surtout chez des usagers dont la mobilité ne présente pas la « rationalité » de celle des gens « normaux » ? En outre : jusqu'où devra aller le personnel pour permettre à un usager lourdement handicapé de se masturber en paix (installation dans un lieu isolé, mise au lit, aide au déshabillage, etc...), sans troubler l'ordre social dont ses congénères ne semblent par ailleurs nullement se soucier ? Et à partir de quel degré d'« explicité » du désir de se masturber le personnel devra-t-il choisir d'intervenir pour faciliter le passage à l'acte, sans se rendre coupable d'inciter cet acte sexuel au lieu de se contenter de le rendre possible. Sans s'arrêter, bien sûr, aux moyens techniques éventuellement mis en œuvre pour faciliter la tâche aux usagers physiquement incapables sans ces aides de passer à l'acte. Il y va, on le voit bien, de la conception que l'on a des usagers dont il est question.

Même quand on s'en tient à la sexualité solitaire, les problèmes ne sont donc pas simples. Que dire alors des autres formes de sexualité, disons plus collectives ?

Les autoriser n'est-ce pas créer des problèmes de sociabilité ou d'aménagement de l'espace, problèmes dont se prévalent les établissements pour interdire toute sexualité ? Solution de facilité, donc... Ne serait-il pas plus sage de n'interdire les actes sexuels que dans la mesure où ils violent les normes sociales en matière de décence et de pudeur, par simple respect pour l'intégrité des autres et de soi-même ?

Dans un foyer de vie dont j'ai oublié la localisation, une usagère avait été sévèrement réprimandée et sanctionnée pour avoir été découverte dans le lit et les bras d'un co-résidant on ne peut plus consentant. Au nom de quoi ?

À noter cet autre établissement où sont offertes des nuits d'hôtel, durant les week-ends, aux couples, « officiels » ou non, désirant s'adonner aux ébats charnels, ce qui permet de faire ainsi mieux passer un devoir de « réserve sexuelle » dans les locaux de l'institution durant la semaine. Cette option, si elle a le mérite de prendre le problème à bras le corps (si j'ose m'exprimer ainsi), n'est pas sans poser certaines questions. D'une part, elle occasionne une nette séparation entre le sexe, exercé pendant le week-end et dans un lieu déterminé, et les sentiments en général. D'autre part, elle risque de fournir aux usagers une image « sale », péjorative, illégitime de la sexualité, puisqu'elle ne peut s'exercer dans le lieu de vie et doit se réfugier (se cacher) hors de ce dernier. Se pose ensuite la question du coût de l'opération, peut-être pas à la portée de tout le monde. Enfin, il suppose qu'on planifie à l'avance le désir, ce qui est difficilement compatible avec la nature même des pulsions.

“Certains parents nient l'existence même d'une quelconque sexualité chez leur enfant”

Il y a bien sûr plusieurs problèmes entremêlés, l'un d'entre eux étant la négation par les parents de l'existence même d'une quelconque sexualité chez leur enfant. Il y a en effet souvent infantilisation systématique des handicapés, surtout des déficients intellectuels. « Bien que l'adulte handicapé mental ait généralement un développement sexuel équivalent aux hommes et femmes de son âge, il reste trop souvent dans l'esprit de son entourage immédiat, un “enfant”. Mais pas un enfant d'aujourd'hui pouvant bénéficier d'informations sur la sexualité. Non. Un enfant d'autrefois, à l'époque où il était encore ce “cher petit ange qui ne pense pas à ça” ».⁴

Loin de moi l'intention d'entrer en détail dans le débat de l'eugénisme ou de discuter du bien-fondé des dispositifs de régulation des naissances, en particulier parmi les déficients intellectuels. Il m'est cependant impossible de ne pas me livrer à certaines remarques en la matière.

D'abord, il y a les cas encore nombreux de stérilisation en tous genres, pas toujours opérée avec l'assentiment (éclairé ou non) des premières intéressées. En effet, bien qu'une grande majorité de travailleurs sociaux soit, semble-t-il, opposée à la stérilisation, elle est trop souvent encore pratiquée. Il faut ici souligner à ce sujet que la loi du 4 juillet 2001 (JO n° 156 du 7 juillet 2001), appuyée par plusieurs instances de réflexion et de décision énumère un certain nombre de conditions devant présider à la stérilisation des personnes.⁵

4. N. Diederich et T. Greacen, « L'accompagnement de la vie des personnes “handicapées mentales” dans un contexte de risques liés aux maladies sexuellement transmissibles », in *Les Cahiers de l'Actif* n° 270-271, novembre-décembre 1998.

5. Pierre Echavidre, « Éthique et stérilisation », in *Les Cahiers de l'Actif*, n° 270-271, novembre-décembre 1998.

D'autre part, nombreux, beaucoup trop nombreux, sont les établissements dans lesquels on administre encore la pilule contraceptive aux usagères à leur insu et de manière subreptice, écrasée dans la purée ou la compote de pomme, par exemple. La plupart du temps, les usagères ne savent non seulement pas à quoi sert la pilule en question et n'ont pas la moindre idée de ce qu'est la contraception (secret bien gardé par l'encadrement), mais elles ignorent de surcroît qu'elles la prennent. Or il s'agit souvent d'adultes à qui l'on pourrait parfaitement expliquer que si elles tombent enceintes et procréent, l'établissement ne sera plus en mesure de les accueillir, n'étant pas équipé pour cela, et que par conséquent il vaut mieux s'abstenir de faire des enfants et donc prendre une pilule qui fait rempart à la procréation ... si, bien entendu, c'est la véritable raison de la pratique contraceptive recommandée.

Avant de conclure à ce sujet, rappelons que, dans les limites, bien évidemment, de leur intégrité physique et mentale comme de celle de leurs co-usagers, ainsi que dans les limites des termes de la prise en charge, offrir aux usagers la possibilité de vivre leur sexualité (la sexualité dont ils sont capables) peut exiger de la part des établissements des aménagements architectoniques dont ils n'ont pas forcément les moyens. Dans quelle mesure les Pouvoirs Publics sauront-ils assumer leurs responsabilités en la matière ?

1.1.3 - Droit d'être traité selon son âge

« Les jeunes », « les filles », « les garçons », voire « les petits », combien en ai-je entendu de ce type de dénomination pour désigner des adultes, parfois même des adultes vieillissants ! Il est vrai que souvent le personnel encadrant a vieilli avec les usagers, après les avoir pris en charge alors qu'ils étaient encore enfants. Mais la fréquente infantilisation des usagers ne saurait découler uniquement de ce seul état de fait. Le tutoiement unilatéral n'est qu'une façon parmi d'autres d'infantiliser les populations prises en charge, puisqu'il est culturellement acceptable avec les enfants. Il en existe beaucoup d'autres, et elles sont malheureusement mises en œuvre, bien que non intentionnellement dans la plupart des cas, dans de nombreux établissements.

Par exemple, dans la plupart des institutions il est interdit aux usagers, même adultes, de fumer alors que le personnel, lui, ne se gêne aucunement pour le faire, à l'occasion dans les espaces réservés à cet usage. À noter que la loi Evin est très diversement appliquée dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ce qui constitue un euphémisme). La plupart du temps, dans ces établissements, on ne fume pas vraiment n'importe où, mais on se contente de se retirer dans un coin des locaux... ou dans le bureau du chef de service qui est un gros fumeur. Parfois il y a bien un espace fumeur, mais sa localisation est pour le moins étrange. Ainsi, dans tel IME, l'espace fumeur est-il constitué par... le hall d'entrée de l'établissement ! Mais revenons à nos moutons. Il semble inacceptable d'interdire absolu-

ment à des adultes de fumer s'ils le souhaitent. Cependant, autoriser des usagers à fumer, dans des espaces fumeurs ou non, risque de bientôt constituer un délit de non assistance à personne en danger. Que faire ? La meilleure solution ne serait-elle pas alors d'interdire à tout le monde de fumer dans l'enceinte de l'établissement, où que ce soit ? Car enfin, les usagers qui sont en mesure de fumer et d'y trouver du plaisir sont aussi, dans leur immense majorité, parfaitement capables de comprendre qu'ils le font à leurs risques et périls, et de saisir la nature de ces derniers si on la leur explique ... dans la mesure où un « fumeur ordinaire » peut comprendre ce genre de choses. Et s'ils n'en sont pas capables c'est qu'aucun fumeur ne l'est vraiment (avant, bien sûr, d'attraper un cancer, et encore !).

“Tant que toute forme d’infantilisation n’aura pas été bannie, il sera difficile de parler d’usagers citoyens”

Dans la plupart des établissements, il est également interdit aux usagers de consommer de l'alcool, alors que le personnel, là aussi, s'accorde, parfois généreusement, le droit d'accompagner de vin les repas pris à l'intérieur de l'institution elle-même, repas fréquemment précédés d'un apéritif, qualité de vie oblige. Il est évident qu'il s'agit là d'un problème spécifiquement culturel qui ne se poserait aucunement dans les pays du Nord, par exemple, où l'alcool est absolument et traditionnellement proscrit dans les lieux de travail. Or, n'en déplaise à notre chère culture nationale, le vin c'est de l'alcool. Là aussi il faut être clair, quand il s'agit d'adultes, même handicapés : dans les limites de l'intégrité physique de l'utilisateur (les contre-indications médicales... qui constituent par ailleurs souvent un mauvais alibi), ou ils bénéficient du même droit que le personnel d'arroser raisonnablement leurs repas s'ils le souhaitent, ou bien toute consommation d'alcool (vin compris, je le répète) est prohibée dans l'établissement en-dehors des festivités qui y sont traditionnellement organisées. Ce n'est d'ailleurs pas si simple que cela. Car si le personnel **travaille** dans l'établissement, ce qui rend d'autant plus aisé de lui interdire la consommation d'alcool durant les heures de travail, les usagers, eux, y **vivent** (en tout cas dans les divers types de foyers), ce qui rend d'autant plus difficile de leur interdire toute consommation d'alcool, consommation qui fait, qu'on s'en félicite ou qu'on le déplore, partie de la vie quotidienne de nombreux de nos concitoyens et qui est liée à ce qu'on appelle volontiers les « petits plaisirs de la vie ». Là encore, au nom de quoi interdire ces petits plaisirs à un adulte (dont l'existence est trop souvent plutôt avare de plaisirs !) ? Une seule règle me semble légitime dans ce domaine: l'interdiction de l'ébriété, au moins durant les « heures ouvrables » et en public. Qui d'entre nous, en effet, n'a jamais eu un petit « coup dans le nez » dans son salon... ou sa salle de bains (chacun ses goûts) ?

N'y a-t-il pas une flagrante infantilisation dans la réglementation parfois plus que rigide qui régit les horaires des usagers, même lorsqu'ils sont adultes ? Peut-on interdire à des adultes, comme dans tel foyer occupationnel pour femmes, de sortir, même dans le parc environnant, après 21h00, même en été, dans une région où la chaleur estivale invite souvent à jouir des heures tardives du jour ?

De même, dans tel foyer d'hébergement précédemment évoqué, où c'est à 20h00 qu'est décrétée l'extinction des feux, c'est-à-dire que non seulement les usagers n'ont plus le droit de sortir après cette heure, mais qu'ils doivent alors être prêts à se mettre au lit ! La raison déclarée de cet horaire infantilisant : c'est à 20h00 que l'équipe de jour termine sa journée et qu'arrive(nt) le(s) veilleur(s) de nuit. Alors qu'une simple translation des horaires d'une partie de l'équipe de jour (quitte à aménager les horaires du lendemain) permettrait au moins de repousser cette heure ridiculement précoce de coucher. Il est difficile de discerner dans cet exemple, on en conviendra, toute prise en compte de l'âge des usagers ! « Le rythme normal d'une journée signifie aussi de ne pas aller au lit plus tôt que ses pairs parce qu'on est déficient intellectuel, pas plus tôt que ses frères et sœurs cadets, ou pas trop tôt à cause du manque de personnel ».⁶

En conclusion, tant que toute forme d'infantilisation des usagers n'aura pas été bannie des établissements sociaux et médico-sociaux, il sera difficile de parler d'usagers citoyens. Et nous n'y sommes pas encore ! Mais, là aussi, l'État peut-il se contenter d'exiger ou bien a-t-il l'intention d'assumer ses obligations en mettant en œuvre de manière massive des dispositifs de sensibilisation et de formation des personnels, et notamment en se penchant, pour les réformer, sur les programmes des écoles d'éducateurs qui ont besoin d'un sérieux « nettoyage de printemps » pour tout ce qui touche à la « nouvelle donne » dont la Loi 02/2002 est une expression ?

1.1.4 - Droit à des relations familiales

En insistant sur le droit des usagers à des relations familiales et sur le rôle incontournable de la famille dans la prise en charge, la Loi 02/2002 opère une petite révolution. En effet, et c'est bien ce qui est visé au premier chef par le législateur, on a longtemps, dans les institutions, considéré la famille comme par essence nocive pour les usagers, et tout mis en œuvre pour l'éloigner de sa progéniture, ce de la manière la plus définitive possible.

On a pu constater, pourtant, même dans les institutions visitées par les parents que « les modalités d'exercice des droits de visite et d'hébergement des parents étaient plus souvent la conséquence de l'organisation de l'établissement, de ses locaux, des horaires de travail des personnels, que des droits des parents »⁷, droits corollaires des droits des usagers à avoir des relations avec leur famille, à défaut d'avoir une véritable vie de famille.

6. B. Nirje, « Le principe de normalisation et ses implications dans le maniement du comportement humain », in *La Revue de la Valorisation des Rôles Sociaux*, 1(2), 1994. Cet article a été publié en anglais dès 1969 par son auteur (suédois), pionnier en matière de normalisation. Il a donc fallu attendre un quart de siècle pour disposer de sa traduction en français !

7. Rapport Naves-Cathala, juin 2000.

Un exemple. Dans un foyer d'hébergement rural, j'ai contribué à empêcher *in extremis* l'envoi d'une lettre aux familles des usagers les invitant cordialement à... **ne pas** participer aux festivités de fin d'année traditionnellement organisées par l'établissement. Encore une fois, l'intention était bonne : ne pas heurter ou chagriner ceux parmi les usagers qui sont sans famille. Mais outre que ce type d'injustice, si l'on peut dire, fait partie de l'expérience de tout être humain, on ne peut désormais plus rejeter de la sorte la participation des familles à l'existence des usagers, sauf, bien sûr, avis contraire exprès des professionnels craignant pour le bien-être des usagers ou/et refus déclaré et légitime de ces derniers.

S'il est trop souvent vrai que les familles semblent se désintéresser totalement de leur progéniture « institutionnalisée », on est en droit de se demander si la cause de cette désaffection ne réside pas en partie dans un manque de prise d'initiative dans leur direction de la part des établissements.

Quand on demande, en effet, dans les établissements, les mesures prises pour impliquer les familles dans la prise en charge des usagers, on est souvent confronté à des sourires entendus : « *les familles, on ne les voit que trop* », ou « *les familles, à part une ou deux qu'on voit tout le temps, ne montrent aucun intérêt* », bref, « *laissons les familles là où elles sont et les usagers seront bien gardés* ». Or, il est avéré que l'absence des familles provient souvent d'un profond sentiment de solitude face aux problèmes nés du handicap de leur enfant. En conséquence, le premier acte de la prise en charge d'un nouvel usager devrait être de mettre ses parents en contact *effectif* avec d'autres parents au sein de cercles de réflexion par exemple, afin de créer une dynamique d'implication plus dense des parents.

En France comme ailleurs se développe l'idée d'un partenariat entre les institutions et les familles, d'une logique de suppléance des parents par l'institution plutôt que d'une substitution pure et simple qui est depuis toujours la règle. Cette logique implique une co-éducation des usagers, dont les acteurs sont l'institution et les parents. Cette entrée en force des familles dans la prise en charge n'est pas anodine, elle constitue même ni plus ni moins qu'une redéfinition du rôle de l'institution d'un côté, de celui des familles de l'autre.

Mais combien d'établissements encore se contentent, pour toute implication des parents, de leur envoyer une ou deux fois par an une laconique invitation au repas de fin d'année ou au carnaval du village ? Combien d'entre eux négligent de convoquer les parents aux annuelles (du moins devraient-elles l'être) et sacro-saintes « réunions de synthèse » au cours desquelles il est statué sur l'évolution de chaque usager ? Leur prétexte : la présence des parents risquerait de perturber la belle sérénité des professionnels, décortiquant les problèmes de **leurs** usagers ? Un des arguments opposés à cette participation des familles à l'évaluation de l'évolution des usagers est qu'il ne serait pas possible de **tout** dire devant elles. Qu'est-ce

donc qu'il faudrait leur cacher de si important qu'on ne puisse passer sous silence lors de la réunion annuelle d'évaluation, quitte à le garder pour les échanges informels quotidiens entre professionnels ? Sans compter que si c'est si important, on est encore moins en droit de le dissimuler aux familles, qui sont souvent les représentants légaux des usagers. S'interdire certains écarts de langage ou un certain jargon technique souvent abscons ne devrait en aucun cas légitimer la non participation de la famille aux réunions de synthèse. Il existe bien sûr des cas marginaux (inceste, par exemple) où il est exclu de **tout** dire. Mais les réticences en la matière semblent davantage provenir d'une vieille habitude de paternalisme « scientifique » infantilisant que d'une préoccupation objective. Songeons qu'il a fallu attendre quasiment la dernière décennie du XXe siècle (*après* J.-C.) pour que vous et moi, citoyens normaux à pleurer, ayons accès aux dossiers médicaux qui **nous** concernent. Le scandale en la matière est que personne ou presque n'ait hurlé beaucoup plus tôt au... scandale !

“Il faudrait réformer de fond en comble le dispositif du représentant légal”

« scientifique » infantilisant que d'une préoccupation objective. Songeons qu'il a fallu attendre quasiment la dernière décennie du XXe siècle (*après* J.-C.) pour que vous et moi, citoyens normaux à pleurer, ayons accès aux dossiers médicaux qui **nous** concernent. Le scandale en la matière est que personne ou presque n'ait hurlé beaucoup plus tôt au... scandale !

Pour revenir aux établissements, il n'est évidemment pas question d'obliger les parents à voir leurs rejetons, ou ces derniers à fréquenter leur famille : tout le monde a le droit de ne pas aimer sa sœur ou son beau-père ! Il s'agit, pour les établissements, de mettre tout en œuvre pour que puissent se réunir, le plus souvent possible, parents et enfants, ainsi que d'autres membres de la famille, s'ils le souhaitent bien sûr.

Pour mettre réellement en œuvre ce droit à des relations familiales, il faudrait également réformer de fond en comble le dispositif du représentant légal.

En effet, lorsqu'on lit la loi, il paraît évident que, lorsqu'il évoque le représentant légal de l'usager, le législateur pense à une gentille dame ou un gentil monsieur qui remplace le papa ou la maman défailants (ou les deux). Le législateur aurait peut-être dû se rendre sur le terrain. Il aurait alors pu constater que le représentant légal, quelle qu'ait par ailleurs été l'intention de la loi en créant cette fonction, ce n'est pas du tout cela, loin s'en faut, dans la pratique. Le représentant légal n'est bien souvent qu'une abstraction avec laquelle les seuls encadrants ont des contacts, un seul représentant légal pouvant représenter des dizaines d'usagers. Ces représentants légaux se considèrent en outre comme ne devant s'occuper que de questions d'argent, ce qui est pour le moins curieux s'agissant de populations dont le cadet des soucis est la finance. Il est évident qu'une personne représentant plusieurs dizaines d'usagers ne peut en aucun cas jouer le rôle que souhaite lui voir jouer le législateur. Il faudrait en conséquence réformer cette fonction afin qu'il devienne impossible de représenter plus de deux ou trois usagers à la fois, et assortir cette impossibilité d'un certain nombre d'obligations légales dépassant largement le cadre de la simple gestion des finances de l'intéressé.

1.1.5 - Droit à l'individualité

Il peut paraître absurde voire choquant de devoir, en 2003, instaurer par une loi le droit à l'individualité de personnes en difficulté, alors que la société en son entier s'individualise, et invite même ses membres à une individualisation forcenée (voire falsifiée, mais là n'est pas mon propos).

“Le projet individualisé n’entre que lentement dans les mœurs des institutions”

Lors d'une conversation avec un acteur très actif de l'aide sociale aux déficients intellectuels en Finlande, ce dernier me fit part d'une expérience et d'un questionnement. Comme il se promenait le long d'une plage, il aperçut un groupe d'une dizaine de personnes handicapées encadrées par deux ou trois accompagnants. Une question (et une évidence) lui frappa alors l'esprit : et si l'une de ces personnes handicapées soudain était prise d'un désir impérieux de se baigner ? Ou l'autorisation lui en serait donnée, auquel cas tout le groupe devrait s'arrêter et attendre que le baigneur ait l'obligeance d'en finir avec la baignade si ardemment souhaitée, ou bien on lui interdirait au nom du respect légitime des autres membres du groupe. Si cette situation peut fort bien advenir à d'autres personnes (dans l'armée, par exemple), il faut bien admettre que le lot des handicapés est bien souvent d'être traités de manière exclusivement collective. C'est à ce type de pratiques que tente de s'attaquer le législateur en exigeant une prise en charge individualisée.

Cette individualisation constitue-t-elle une révolution dans le secteur, notamment en termes de moyens, ou bien le législateur ne fait-il qu'enfoncer une porte ouverte, les éducateurs ayant de tout temps individualisé, c'est-à-dire distingué les usagers et différencié leur prise en charge en fonction de leurs besoins ? Les deux, semble-t-il.

L'outil par excellence de l'individualité « promulguée » des usagers est le projet individualisé qui doit définir dans le détail les modalités de la prise en charge de chacun des usagers. Il est évident qu'une mise en pratique absolue de l'individualisation impliquerait des moyens, une volonté politique et un changement de mentalité qui font actuellement cruellement défaut, en France en tout cas, et que, donc, elle s'inscrit dans une différenciation pratiquée depuis belle lurette par tous les éducateurs. Mais elle exige, c'est également indéniable, une réflexion approfondie autour des activités, rythmes de vie et organisation de l'espace proposés aux usagers dans les établissements, le plus souvent de manière très, trop collective.

Or, nous l'avons vu, il reste beaucoup à faire dans la réalité. La chambre individuelle, par exemple, demeure un phénomène encore trop rare dans les établissements, même si elle est en rapide extension. De plus, le projet individualisé n'entre que lentement dans les mœurs des institutions, car il est encore ardu pour beaucoup d'acteurs de la prise en charge de considérer que les usagers, même sans langage articulé, même apparemment enfermés définitivement dans un monde indéchiffrable, même prostrés à longueur de journée là où on les a placés, ont une

individualité unique, siège de besoins uniques desquels il faut par tous les moyens être à l'écoute afin de proposer une prise en charge unique, surtout et d'autant plus qu'il s'agit de personnes vulnérables.

1.1.6 Droit au choix éclairé du type de prise en charge

Au titre de sa citoyenneté, l'usager (ou sa famille ou les deux) a le droit imprescriptible de choisir le type de prise en charge qui lui paraît répondre à ses besoins comme à ses aspirations... ce qui risque de semer une certaine pagaille dans les arcanes de l'administration départementale. En effet, cette possibilité de choix peut à plus ou moins long terme induire des changements considérables dans le secteur, la balle étant évidemment dans le camp des usagers et de leur famille. Car on peut imaginer que, nourris des expériences tentées dans d'autres pays (en termes de désinstitutionnalisation, notamment), des parents de plus en plus nombreux exigeront pour leur(s) enfant(s) de nouveaux types de prise en charge, à domicile ou en ambulatoire, les frais afférents étant bien évidemment à la charge des Autorités, puisque qui dit Loi dit obligation de moyens pour l'appliquer.

Les usagers, par le biais de leurs parents, ont toujours eu le dernier mot, c'est entendu, mis dans les faits, la situation a généralement été la suivante : les Autorités (CDES, COTOREP et autres ASE) « proposent » une structure (un type de prise en charge) et ... c'est à prendre ou à laisser. Or cette pratique est amenée à changer de par la nouvelle loi. Dorénavant, les instances pertinentes devront proposer un réel choix de différentes structures de prise en charge, entre lesquelles les usagers devront opter pour la plus adéquate à leur situation. Sinon, on se demande à quoi rimerait ce droit si clairement stipulé. La question de l'authenticité des possibilités de choix se posera en effet immanquablement. Notons que ce droit à un véritable choix, s'il est revendiqué, signifiera en premier lieu l'abandon d'une pratique, illégale au regard de la sacro-sainte non discrimination territoriale, qui consiste à opposer une fin de non recevoir à une demande de prise en charge sous prétexte que le demandeur ne ressort pas du département où est localisée la structure concernée par la demande.

À terme, donc, ce droit au choix de la prise en charge risque de transformer le « paysage » social et médico-social, dans lequel se multiplieront les SESSD, SES-SAD et autres SAVS, pour ne pas parler de modes inédits de prise en charge. Bref, une certaine créativité peut naître de cette exigence. Mais elle demande une information des usagers et de leur famille, information dont les établissements, comme les autres instances du secteur, sont détenteurs. Ce n'est d'ailleurs que dans le cadre de la mise en place d'une réelle possibilité de choix de sa prise en charge par l'usager que pourra également se mettre en place la contractualisation de cette prise en charge que la Loi 02/2002 appelle de ses vœux.

Enfin, n'oublions pas l'adjectif « éclairé », qui a son importance, car il signifie que toutes les informations nécessaires doivent être fournies pour que le choix exercé le soit en toute connaissance de cause.

1.1.7 Droit à la continuité de la prise en charge

La citoyenneté de l'usager induit le droit à la continuité de sa prise en charge. Et ce droit a une foule d'implications d'extrême importance : le travail en équipe pluridisciplinaire, la production d'écrits, et même l'évaluation, car toute évaluation suppose une planification.

a – Travail en équipe

Une des plus grandes difficultés de mise en place de la Loi 02/2002 sera sans aucun doute l'exigence explicite de travail en équipe qu'elle instaure. En effet, il n'est de continuité de la prise en charge, ni d'évaluation d'ailleurs, sans collectif, sans travail en équipe, c'est-à-dire de dispositifs tendant à réduire l'impact du subjectif dans la prise en charge, ceci afin d'assurer la continuité dont il est ici question. Or un des moyens les plus précieux pour « dé-subjectiver » l'action est de travailler collectivement.

“Le travail collectif est l'un des moyens de « dé-subjectiver » l'action”

Le système du référent, dispositif quasi universel dans les établissements sociaux et médico-sociaux de France, n'entre pas forcément en contradiction avec le travail en équipe. Il a ses mérites, entre autre en instituant un interlocuteur privilégié pour chaque usager, interlocuteur qui peut constituer un repère sécurisant. Cependant, ce système a des effets pervers pour ce qui est de la continuité de la prise en charge, dont le moindre n'est pas le développement de « chasses gardées » tout à fait contraires à la loi, dans sa lettre comme dans son esprit. Il est désormais inacceptable que certains usagers d'un service soient quasi inconnus de certains membres de l'équipe d'encadrement, et tous les usagers du même service sont pris en charge par tous les membres de l'équipe, même si l'on peut conserver un « dispositif minimum » de référent en tant que repère ou « secrétaire » pour le projet individualisé (celui/celle qui inscrit dans les documents prévus les données que l'équipe veut y voir figurer).

Le travail en équipe implique également le respect de certaines règles, qui peuvent paraître évidentes mais qui se révèlent souvent ô combien difficiles à appliquer dans la pratique. Parmi ces règles :

- transparence, solidarité, dispositifs de prévention et de règlement des conflits interpersonnels (tout malaise au sein du personnel peut être dommageable pour l'usager) ;
- partage des connaissances (pas de rétention d'informations) ;
- respect des compétences de chacun (chacun a quelque chose à apporter) ;
- application des décisions prises à la majorité et mise en œuvre des stratégies déterminées collectivement **même si l'on n'est pas d'accord** (ô que ce sera dur !) ;
- etc. ...

Qu'il soit bien clair qu'on ne peut exiger des membres d'une équipe de s'aimer les uns les autres, mais tout simplement de travailler ensemble au mieux, pour le bien des usagers.

b – Pluridisciplinarité

Non seulement il faut travailler en équipe, mais l'équipe doit être pluridisciplinaire, toujours dans l'optique de la continuité de la prise en charge, mais également au nom des pratiques modernes de l'action sociale qui préconisent une approche globale de l'utilisateur (on parle volontiers de systémie). Il devient alors évident que le nombre d'acteurs qu'il faut impliquer dans la prise en charge déborde largement des limites de la seule équipe éducative, et c'est un bien. Il faut cependant élargir le sens de ce terme de pluridisciplinarité qui, quand il est mis en pratique, ne recouvre bien souvent que les équipes éducatives, les services thérapeutiques et paramédicaux ainsi que l'équipe dirigeante.

L'approche systémique ou globale de l'utilisateur implique en effet une pensée nouvelle... et une certaine dose d'humilité de la part des éducateurs : **toute personne qui est en contact avec les usagers a un rôle éducatif**. Il en découle que les agents des services généraux, par exemple, agents d'entretien et de sécurité, personnel administratif, chauffeurs, etc..., tous ont ou devraient avoir leur mot à dire pour ce qui est de la prise en charge de l'utilisateur. En effet, ces agents « péri-éducatifs » ont des relations différentes de celles de l'équipe purement éducative avec l'utilisateur, relations au cours desquelles ils acquièrent des informations et une connaissance de l'utilisateur inaccessibles aux éducateurs mais néanmoins importantes.

Le plus gros problème en la matière est d'ordre absolument culturel. Il s'agit du sens profondément ancré dans les mentalités françaises, et notamment au sein du secteur social et médico-social (copiant en cela le secteur sanitaire), d'une stricte hiérarchie des fonctions. En termes simples, « on ne mélange pas les torchons et les serviettes ». Les problèmes se situent à plusieurs « niveaux » (puisque nous parlons de hiérarchie).

Dans certains types d'établissements où un enseignement scolaire est fourni, la prise en charge souffre souvent cruellement d'une absence de coordination entre l'équipe éducative et l'équipe enseignante. Précisons un peu. Dans certains IMPro, par exemple, est proposé un enseignement, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou dans un établissement scolaire. Or il advient trop souvent que des élèves qui sont fréquemment arrivés dans l'institution avec un lourd passé d'échec scolaire soient de nouveau mis en situation d'échec scolaire dans le cadre de la prise en charge institutionnelle, ce qui est un comble, on en conviendra. La raison n'en est pas seulement l'idéologie de l'Éducation Nationale, mais également parce que l'équipe éducative et les enseignants ne collaborent pas étroitement (voire pas du tout), ce qui permettrait aux premiers, par exemple, de signifier aux seconds que « pour Y, il faut arrêter les maths. Non seulement il n'y arrivera

jamais, mais ça met de plus en danger certains objectifs essentiels de la prise en charge ». Il faut savoir qu'en aucun cas les programmes de l'Éducation Nationale ne sont imposables aux institutions sociales et médico-sociales, et que seuls un manque de coordination sérieuse ou la paresse intellectuelle des enseignants sont en mesure de mettre un frein à la liberté des équipes en la matière.

De même il m'a été donné de constater que l'équipe encadrant les usagers d'un CAT et l'équipe encadrant les mêmes usagers, mais dans le cadre du foyer d'hébergement où ils logeaient ne collaboraient aucunement, remplissant même totalement indépendamment l'un de l'autre des carnets d'observation distincts, comme s'il ne s'agissait pas des mêmes usagers.

Il est urgent, en conclusion, de « déssectoriser » le travail des établissements et services sociaux et médico-sociaux, sous peine de continuer à « saucissonner » indûment les usagers, en violation de la loi, il faut le rappeler.

c – L'écrit

L'exigence de continuité de la prise en charge implique l'introduction de l'écrit dans les établissements sociaux et médico-sociaux, ce qui constitue un immense défi à un secteur habité depuis toujours par une culture orale et où règne l'implicite.

Dans la pratique quotidienne, les éducateurs inscrivent quelques impressions subjectives éparpillées au sujet des usagers sur tel ou tel cahier de liaison (impressions qui se résument souvent à un laconique RAS), mais j'ai visité très peu d'établissements où une documentation systématique était rédigée à la machine et où des formulaires conçus sur place étaient à la disposition du personnel afin qu'il y transcrive des remarques issues de réunions d'équipe. Tout un programme ! Or c'est ce type de pratique qui devra peu à peu s'imposer, et la documentation écrite exigée par la loi contribuera, je l'espère, à la faire entrer dans les mœurs. L'implicite est en effet l'ennemi principal du travail social et je m'épuise parfois à expliquer aux équipes éducatives que laisser des traces écrites ne peut que les renforcer. Sans trace, en effet, quelles preuves peut-on apporter à une personne mal intentionnée, désireuse de fermer un établissement, qu'on fait un bon travail, c'est-à-dire un travail planifié visant des objectifs déterminés, dans le respect de la loi ?

L'obligation de rédiger certains outils pourra, espérons-le, contribuer à l'introduction de l'écrit, du traçable, dans les pratiques du secteur.

II - LA CITOYENNETÉ DES USAGERS

Des outils

2.1 Le projet d'établissement ou de service

Le projet d'établissement (on le nommera ainsi ici même s'il peut s'agir d'un projet de service) doit constituer la base du travail de l'établissement. Son élaboration implique souvent un certain nombre de remises en question. D'abord, en vertu de l'interdisciplinarité de la prise en charge et de l'approche globale de l'utilisateur (participation de l'ensemble des acteurs de la prise en charge) exigées par la loi, le projet d'établissement doit être le produit d'une collaboration entre l'équipe dirigeante

“Il faut qu'une bonne dose de démocratie ou d'horizontalité soit introduite dans les institutions”

et l'équipe éducative pluridisciplinaire (au sens le plus large, c'est-à-dire y compris ce qu'on appelle les services généraux : agents d'entretien, personnel administratif, etc...). Le projet d'établissement ne peut donc en aucun cas être imposé par la direction sans avoir au minimum fait l'objet d'une discussion réelle avec les équipes qui fréquentent les usagers au quotidien. Il doit être l'œuvre de tous.

Or, dans certains établissements que j'ai visités, même parmi les plus « performants » en matière de conformité avec la nouvelle loi, tel certain IR, c'est le directeur ou l'équipe dirigeante qui présentent aux équipes un projet d'établissement tout ficelé, prétendant parfois que « les équipes en ont discuté, ce projet n'est que la résultante de leurs discussions ». Or il advient trop souvent que lesdites discussions 1) ou bien n'ont pas été menées à leur terme logique qui est, justement, le projet d'établissement ; 2) ou bien ont été bâclées (sans traces écrites, par exemple) ; 3) ou bien n'ont eu lieu que dans l'imagination fertile du directeur. Il est en conclusion impératif, pour que l'établissement fasse siennes les exigences de la loi, que le personnel s'approprie pleinement les outils destinés à sa mise en conformité, ce qui est difficile si ces outils leur sont imposés d'en haut sans réelle participation à leur élaboration.

Il faut donc qu'une bonne dose de démocratie ou d'horizontalité soit introduite dans les institutions qui n'en sont pas toutes coutumières, loin s'en faut. D'autant plus que le législateur invite fermement les établissements à faire appel aux usagers et à leur famille pour la rédaction du projet d'établissement.

Le projet d'établissement constitue, ne l'oublions pas, la loi fondamentale ou la constitution des établissements, le document de référence de l'ensemble des membres du personnel. De ce fait, il leur est opposable. Il constitue d'autre part, pour nombre d'institutions, une nouveauté : combien d'entre elles, en effet, ne dispose d'aucun document « fondateur » à proposer à la curiosité de ses futurs usagers et des nouveaux membres du personnel ?

De plus, élaborer un projet d'établissement oblige les institutions sociales et médico-sociales à intégrer la notion de projet, notion qui en implique trois autres : planification (fini le travail au jour le jour), explicitation (fini le travail « inconscient de lui-même »), évaluation. Désormais, ce n'est pas seulement l'écrit imprimé qui pénètre les institutions, voilà également le futur, le temps, la durée.

Autre nouveauté : le contenu du projet d'établissement. En effet, si aucun décret d'application n'a été prévu pour tracer les grandes lignes du projet d'établissement, l'esprit de la loi ne laisse planer aucun doute : le projet d'établissement est constitué autour des besoins de l'utilisateur, et non autour des divers services que l'établissement peut proposer à l'utilisateur. Concrètement cela signifie que le projet d'établissement devra d'abord, après avoir fait état des valeurs fondatrices et des principes d'action qui président à l'action de l'établissement, présenter les populations accueillies avec leurs caractéristiques, leurs problématiques et leurs besoins, besoins à partir desquels seront fixés les objectifs que se fixe l'établissement en vue de les satisfaire. Et c'est seulement une fois que sont déterminés besoins et objectifs que l'établissement peut présenter les moyens mis en œuvre pour satisfaire les besoins définis, ainsi que les modalités de la prise en charge les mieux à même de s'y atteler.

“Le recentrage autour des besoins des usagers ne va pas de soi”

Mais soyons réalistes, m'objecte-t-on souvent dans les établissements visités : dans les faits, c'est bien l'ensemble des services que l'institution peut lui fournir qui déterminent l'accueil ou non de l'utilisateur, et non les besoins de ce dernier. Comment en effet imaginer que l'établissement va se transformer, éventuellement de fond en comble, pour être en mesure de répondre aux besoins d'un nouvel arrivant. D'autant plus que l'utilisateur ayant désormais, en théorie du moins, le droit de choisir le type de prise en charge dont il a besoin et qu'il appelle de ses vœux, libre à lui de choisir entre plusieurs établissements équivalents. D'autre part, ne nous berçons pas d'illusions : quand l'équipe définit les besoins des usagers, lors de l'élaboration du projet d'établissement, elle se base bien sûr sur les usagers déjà présents dans l'établissement, ce qui ne la prépare pas forcément à accueillir des types d'utilisateurs jusqu'alors inconnus dans l'établissement.

De plus, il est à noter que la démarche de détermination des besoins, même si elle peut paraître légitime dans sa logique, met en œuvre une certaine normativité des besoins : tout citoyen aurait les mêmes besoins, besoins qui seraient la marque par excellence de sa citoyenneté. N'y a-t-il pas là une forme d'impérialisme culturel ?

Et puis, pour les établissements qui accueillent des populations en difficulté sociale (non porteuses de handicap), et dont les usagers sont par conséquent extrêmement divers, il semble bien difficile d'inscrire dans une documentation qui, en vertu de la loi, devrait être révisée tous les cinq ans, des besoins ayant un caractère assez pérenne pour y figurer. À moins de rester à un niveau de généralité qui vide de son sens le projet d'établissement.

Quoi qu'il en soit, il est révélateur de constater que même les éducateurs les plus zélés et auteurs d'un travail admirable éprouvent souvent les pires difficultés à énoncer plus de quelques rares besoins des usagers dont ils s'occupent, si on le leur demande. Encore et toujours : le manque d'habitude de **penser** son action. Malgré toutes les objections, l'exercice est donc bénéfique, voire gratifiant pour des personnels qui se trouvent soudain face à l'énorme masse de besoins auxquels ils répondent au quotidien **sans y penser**.

Le recentrage autour des besoins des usagers ne va pas de soi. J'observe en effet souvent des réactions diverses quand, quelque peu abruptement je le confesse, je déclare que le personnel de l'institution est payé pour satisfaire les besoins des usagers pris en charge... et que l'existence de l'institution n'est légitime que si elle s'attache à cette même tâche.

Répetons-le, ce n'est qu'une fois définis les besoins des usagers qu'on peut fixer les objectifs de l'établissement, en prenant toujours garde de ne pas déterminer des objectifs dans le cadre desquels le personnel satisferait les besoins des usagers **à la place** de ces derniers. Les objectifs doivent en effet être déclinés sous forme d'accompagnements divers. Par exemple, l'établissement se fixera comme objectif d'accompagner les résidants dans les actes de la vie quotidienne, mais ce sont les usagers qui exécuteront ces actes avec l'aide du personnel.

Dernier point, et non des moindres, au sujet du projet d'établissement. Le centre du projet d'établissement, ce autour de quoi il doit tourner, est le Projet Individualisé des usagers accueillis par l'établissement, projet individualisé qui constitue le jeu de modalités de leur prise en charge. Le projet individualisé est, dans sa structure, similaire au projet d'établissement, mais individualisé, c'est-à-dire qu'il devrait normalement se décliner comme ce dernier : caractéristiques, problématiques, besoins, objectifs, moyens (ce sont ceux de l'établissement, bien sûr), modalités (dont l'intervention de la famille et du réseau, ainsi que des grilles d'évaluation). En général, donc, on présente au sein du projet d'établissement un modèle de projet individuel tel qu'il se présente dans l'établissement.

2.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil, dont le contenu n'est pas fixé par décret, constitue en fait un condensé du projet d'établissement destiné à l'utilisateur et à sa famille. C'est donc, en quelque sorte, la carte de visite de l'établissement, une plaquette qui doit être agréable à consulter, claire, contenir les points importants de la prise en charge et, surtout, être conçue de manière à être à la portée de la population ciblée (ce qui indique une possible version audio et/ou tactile pour les non-voyants, par exemple), gage de la transparence de l'établissement. Il m'a été donné de consulter de très bons livrets d'accueil élaborés sous forme de bande dessinée. Quoi qu'il en soit, il doit être soigné dans sa forme comme complet dans son contenu.

Le livret d'accueil doit être destiné (et pensé comme tel) à des usagers potentiels, qui ont, rappelons-le, le choix du type de prise en charge. Or, pour opérer ce choix éclairé auquel la loi lui donne droit, il doit être renseigné sur les diverses options qui s'offrent à lui.

L'élaboration du livret d'accueil est à l'origine de certaines difficultés et critiques. Les difficultés ont trait à la conception même du livre d'accueil, et notamment à des décisions au sujet de l'appel ou non à des parrainages financiers. Rien n'empêche en effet que le financement du livret d'accueil soit parrainé par certains acteurs de la vie économique publics ou privés (poste, banque, station-service, gare SNCF, etc...), et que leur noms figurent au dos du livret d'accueil ou dans le plan d'accès à l'établissement. Mais l'idée provoque de fréquentes réactions (parfois violentes) de rejet de la part des travailleurs sociaux : restes de l'esprit missionnaire (et bénévole) qui présida à la naissance de l'aide sociale ou juste méfiance quant à l'intervention dans les affaires sociales d'un secteur commerçant toujours en quête de profit ?

De plus, les travailleurs sociaux émettent souvent des doutes quant à l'utilité de dépenser énergie et finances pour élaborer un livret qui ne sera pas compris, quel que soit le soin apporté à sa conception, par les populations les plus lourdement handicapées. Est-ce bien alors l'utilisateur qui est ciblé ? Et sinon, a-t-on de nouveau affaire à une obligation « cosmétique » dont l'utilisateur ne bénéficie que très symboliquement, et encore ?

D'autre part il faut bien se garder d'élaborer un livret d'accueil qui ressemble par trop à une brochure touristique, voire publicitaire. Le livret d'accueil doit demeurer un document informatif, sérieux, même si sa conception intègre des éléments esthétiques en rendant agréable la lecture. Mais où se situe la limite ?

S'il est évident, en effet, qu'il est hors de question d'élaborer un livret d'accueil « racoleur », il ne faut jamais oublier qu'il constitue incontestablement un « parachute » pour l'utilisateur. Je m'explique. Pour un enfant, par exemple, ayant vécu les premières années de sa vie dans sa famille, l'arrivée dans un IME où il risque de passer plusieurs années risque de représenter une rupture extrêmement douloureuse dans la plupart des cas. Le livret d'accueil, dans ces conditions, doit sans être mensonger présenter à cet enfant la prise en charge sous un jour le plus favorable possible, afin d'amortir au maximum la « chute » que peut constituer l'arrivée dans l'établissement. D'où l'importance, notons-le en passant, de faire parvenir le livret d'accueil aux candidats à la prise en charge **avant** toute décision concernant cette dernière. Car c'est sous l'effet de certaines informations figurant dans le livret d'accueil que la décision de l'utilisateur (et/ou sa famille) sera prise d'intégrer tel ou tel établissement, informations du type : existence de périodes de fermeture, activités proposées, mode d'hébergement, possibilité d'accueil de la famille, accessibilité, cadre géographique, aspect des lieux, etc... Il serait donc souhaitable,

pour qu'il puisse effectivement intervenir dans le choix et la prise en charge par l'utilisateur, que le livret d'accueil soit consultable au niveau des instances d'orientation (CDES, COTOREP, etc...).

2.3 Le contrat de séjour

Le contrat de séjour est le seul document dont la loi exige la signature par l'établissement et l'utilisateur (ou son représentant légal). Seule condition à son élaboration :

“Le contrat de séjour établit ce que l'établissement juge négociable et non négociable pour ce qui est de l'accompagnement de l'utilisateur”

comme son nom l'indique, il faut qu'il y ait séjour pour qu'il y ait contrat de séjour. Curieusement, d'ailleurs, la loi stipule qu'en l'absence de séjour doit être élaboré un document individuel de prise en charge (non obligatoirement signé quant à lui) dont le contenu est exactement celui du contrat de séjour. Pourquoi, alors, deux types de documents, et qu'en est-il de la contractualisation de la prise en charge si cette dernière ne fait pas l'objet d'un engagement mutuel écrit ?

Le projet de décret d'application est à ce jour très elliptique pour ce qui est du contenu du contrat de séjour. Une chose est sûre : le projet individualisé de l'utilisateur constitue le cœur du contrat de séjour et sa composante essentielle, ce qui traduit dans les faits cet élément fort de la Loi 02/2002 qu'est la contractualisation de la prise en charge. L'utilisateur est acteur à part entière de son projet et, à ce titre, il s'engage à l'instar de l'établissement à respecter les termes d'un contrat dont l'objet est de l'accompagner vers davantage d'autonomie.

Soulignons de nouveau que, malgré la participation fortement recommandée de l'utilisateur et de sa famille à l'élaboration du projet individualisé, ce dernier demeure l'outil du professionnel.

En-dehors du projet individualisé, liberté est laissée aux établissements de faire figurer dans le contrat de séjour tout ce qu'ils veulent. Deux conseils que je donne en la matière lors de mes formations. Si le contrat de séjour ne doit pas être trop long (premier conseil), il faut y consigner tout ce que l'établissement souhaite rendre contraignant pour l'utilisateur et/ou sa famille (second conseil)... sans oublier que ce qui y est ainsi inscrit est contraignant également pour l'établissement. En d'autres termes, le contrat de séjour établit ce que l'établissement (et donc des professionnels qui y opèrent) juge négociable et non négociable pour ce qui est de l'accompagnement de l'utilisateur, ce qui est essentiel notamment pour assurer le respect des règles déontologiques et éthiques qui sont (ou devraient être) à la base de son fonctionnement. Par exemple, il advient malheureusement encore que, pour la famille d'un utilisateur, prise en charge soit plus ou moins synonyme d'internement... au nom de la sécurité, évidemment, mais plus réalistement pour la tranquillité des « proches » de l'utilisateur. En ce cas, rien n'empêche l'établissement de faire signer à la famille un contrat de séjour où est stipulé, entre autre, que la prise en charge implique des sorties et séjours à l'extérieur de l'établissement, nécessaires à une évolution positive de l'utilisateur et conformes à l'esprit de la loi en vigueur.

Si l'usager ou la famille refusent de signer, il n'y a tout simplement pas de prise en charge. En théorie.

Dans la réalité, l'usager a-t-il vraiment le choix de signer ou non ? Et l'établissement ? En effet, on ne propose bien souvent à l'usager et à sa famille que peu d'alternatives. En général même une seule proposition est faite, l'autorité de la CDES ou de la COTOREP pesant considérablement sur le « choix » de l'usager, et ce dernier est alors contraint d'accepter la proposition... ou de se retrouver sans aucune forme de prise en charge. On ose espérer qu'une meilleure connaissance de la loi de la part des usagers, mais aussi et surtout de la part des Pouvoirs Publics, remédiera sans tarder à cet état de chose peu conciliable avec le droit imprescriptible de l'usager à choisir le type de prise en charge qui lui convient, dans la loi même.

Pour ce qui est des établissements, ils n'ont pas toujours le loisir de mettre en pratique leur droit de refuser la prise en charge en cas de refus de signature du contrat de séjour par l'usager. La rareté des établissements et services, et surtout leur inégale répartition géographique, obligent en effet bien souvent les établissements « au grand cœur » à accepter des usagers même en l'absence d'accord sur le contrat de séjour, car c'est la seule possibilité qu'a l'usager de faire l'objet d'une prise en charge quelle qu'elle soit. Là, il faut bien incriminer, encore et toujours, la pauvreté des moyens mis à disposition pour une réelle mise en œuvre de la loi.

Et puis, comment un établissement pourrait-il refuser un usager lorsque son fonctionnement est basé sur le fameux prix de journée ?

2.4 Le prix de journée

De très nombreux établissements fonctionnent sur la base du prix de journée, c'est-à-dire que les fonds qui les financent leur sont versés au *pro rata* du nombre de journées de prise en charge. Ils dépendent donc d'un « taux de remplissage » maximum. Or cette contrainte peut s'avérer très contre-productive et difficilement compatible avec l'esprit de la loi, non seulement, comme nous venons de le voir, pour le contrat de séjour, mais dans d'autres domaines également.

Par exemple, comme nous le verrons ci-après, il constitue parfois un obstacle à l'instauration d'un jeu complet de sanctions, indissociable d'un règlement de fonctionnement. En effet : pas de règles sans sanctions qui régissent les manquements à ces règles. Et il est difficile d'établir un jeu de sanctions qui n'aille pas jusqu'au renvoi. Or celui-ci, j'ai pu le constater, est pratiqué en fonction... de l'afflux de candidatures à la prise en charge. En d'autres termes, on se permet d'être inflexible et efficace, donc de faire œuvre éducative (car l'impunité est l'inverse même de la citoyenneté, dans ce qu'elle implique d'irresponsabilité... ce à quoi les politiques véreux feraient bien de réfléchir...) quand on a des « clients » à la porte, prix de journée oblige. Dans le cas contraire, on se montrera plus « coulant », plus

indulgent (trop ?), pour ne pas provoquer de perte financière. De même, les établissements hésitent à pratiquer la mise à pied de quelques jours, pour les mêmes raisons (et là, ils ne peuvent même pas remplacer le renvoyé par d'éventuels candidats à la prise en charge).

“Le règlement de fonctionnement ne peut se substituer à la loi régissant l'ensemble de la population”

Mais ceci est presque un détail, car il y a plus grave. En effet, la Loi 02/2002, conforme en cela à l'esprit qui règne en la matière en Europe de manière générale, souligne, nous l'avons vu, l'importance du travail en réseau et de l'ouverture des institutions vers l'extérieur. En pratique, cela signifie ou devrait signifier que les établissements non seulement autorisent mais promeuvent activement les séjours de « leurs » usagers hors

des murs, lors de vacances, « congés » et autres occasions diverses, qui constituent autant de cas de non encaissement du fameux prix de journée pour les usagers concernés et durant toute la durée des absences en question. Peut-on attendre des établissements qu'ils agissent réellement dans le sens de l'ouverture s'ils risquent d'y perdre des revenus et, donc, des moyens d'assurer correctement leurs missions ?

2.5 Le règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement, exigée par la Loi 02/2002, est en substance une liste des droits, devoirs et obligations des usagers dans chaque établissement ou service social ou médico-social. Car tout citoyen a des devoirs, pas seulement des droits, c'est même en vertu d'un jeu plus ou moins complexe de règles à respecter qu'on peut le définir comme tel, c'est-à-dire en termes d'appartenance à une société, un groupe social, une communauté.

Notons d'emblée, et ce doit être clairement signifié dans le préambule du règlement de fonctionnement, que ce dernier ne peut en aucun cas se substituer à la loi régissant l'ensemble de la population. C'est uniquement à ce titre qu'il peut devenir un outil de la citoyenneté. Trop souvent, en effet, les établissements constituent des microcosmes à part, des îlots étranges dans l'océan de la société globale.

Le règlement de fonctionnement établit les règles de vie en collectivité sous forme de droits toujours liés à des devoirs, ce qui peut en faire un excellent outil d'apprentissage du respect de l'autre sous toutes ses formes, de la norme sociale et des lois de la civilité.

Il ne faudra jamais oublier que la notion même de civilité présente des caractéristiques éminemment culturelles. Or les populations prises en charge ne se reconnaissent pas forcément toutes, à l'origine en tout cas, dans les grands traits de la culture française.

Le règlement représentera par ailleurs un aspect d'autant plus éducatif que les usagers auront participé à son élaboration, puis à ses révisions, ce qui est tout à fait conforme à l'esprit de la loi. Il est essentiel dans ce cadre de veiller à ce que les règles établies dans le règlement de fonctionnement, obligations et interdictions, soient toujours conformes à la loi. Il est en effet exclu, par exemple, d'interdire de fumer ou de boire à des adultes sans autres formes de procès, c'est-à-dire de prétendre régir la vie quotidienne des usagers sans tenir compte de leurs droits (à la dignité, à l'intimité, à être traités selon leur âge, etc...). Et ce n'est pas toujours simple, notamment dans les établissements où plusieurs « catégories » de populations se côtoient, par exemple des mineurs et des majeurs (dans les IMPro).

De plus, la mise en œuvre du règlement de fonctionnement tel qu'il est envisagé par la loi peut occasionner certains problèmes. En effet, si l'on conçoit qu'un règlement de fonctionnement sera d'autant mieux accepté et appliqué que les usagers auront participé à son élaboration, qu'en est-il des établissements où les usagers ne séjournent ou ne sont présents que pour de courtes périodes ? On arguera que le respect d'un règlement de fonctionnement peut avoir un caractère éducatif même sans la participation à son élaboration de ceux et celles auxquels il s'adresse. Quoi qu'il en soit, on ne peut bien évidemment rien y faire et il est exclu de refaire le règlement à l'arrivée de tout nouvel arrivant, *a fortiori* de renoncer à élaborer un règlement de fonctionnement sous prétexte que les populations ne font que passer. Ceci constitue simplement un exemple (un de plus) de la distance qu'il peut y avoir entre la belle ordonnance de la loi et le joli désordre de la réalité.

Autre problème : celui des sanctions. Le prix de journée peut constituer un obstacle à l'établissement d'une liste viable de sanctions, empêchant parfois tout renvoi (surtout temporaire, car alors on ne peut pas remplacer le fautif) car il signifie une perte de fonds de fonctionnement. De plus, l'utilisateur se rendra rapidement compte, selon son degré d'autonomie, de la réalité ou du caractère fictif des sanctions dont la menace est brandie... et agira en conséquence. Or s'il est impossible de constituer une liste de sanctions réelles, on n'a plus affaire à un véritable outil d'apprentissage de la citoyenneté. L'impunité n'a aucune vertu éducative.

Souvent également, c'est encore le « grand cœur » du secteur social qui se fait jour et interdit aux établissements de mettre à exécution les sanctions prévues par le règlement de fonctionnement. À quoi servent-elles alors ? Je concède qu'il est dur de mettre un usager à pied pour quelques jours, voire le renvoyer définitivement, quand on sait pertinemment qu'il n'existe aucune forme de dispositif pour l'accueillir, au moins dans l'immédiat. Impasse, donc, due encore à l'indigence du réseau de l'aide sociale, impasse qui ne dispense en rien les établissements d'élaborer un règlement de fonctionnement et de tenter tant bien que mal de le faire fonctionner au mieux pour le bien des usagers.

2.6 Le conseil de la vie sociale

Le conseil de la vie sociale est un dispositif de participation des usagers à la vie de l'établissement ou du service qui l'accompagne. Qu'on l'appelle conseil de la vie sociale, groupe d'expression ou toute autre dénomination est de peu d'importance, pourvu qu'il remplisse ses multiples missions, dont la moindre n'est pas un apprentissage de la démocratie (si tant est qu'on considère cette dernière, tel Churchill, comme « le plus mauvais des systèmes politiques, à l'exception de tous les autres »). Cet organe, qui n'a aucun pouvoir décisionnel, doit pouvoir donner un avis écouté sur tout ce qui concerne la vie de l'institution, qu'il s'agisse de l'organisation intérieure et de la vie quotidienne de l'établissement, des activités, de l'animation socioculturelle et des services thérapeutiques qui y sont proposés, de la nature des services rendus, de l'affectation et de l'entretien des locaux, des relations de coopération et d'animation développées en partenariat, du règlement de fonctionnement ou de toute modification substantielle touchant aux conditions de prise en charge. Ses avis doivent en effet être écoutés, car si son objet pédagogique/éducatif doit être atteint, certains (au moins) de ses avis doivent être suivis d'effets, sous peine de déconsidérer l'ensemble du dispositif (et de ses attendus) aux yeux des usagers. De plus, sa composition doit être à majorité d'usagers, les parents, le personnel et l'organisme gestionnaire devant également y être représentés.

“Le conseil de la vie sociale n'a aucun pouvoir décisionnel”

Le fait que le conseil de la vie sociale n'ait aucun pouvoir de décision en entame quelque peu le caractère démocratique comme il porte ombrage à la crédibilité du législateur. Qu'est-ce, en effet, qu'un organe à caractère politique muet ou sans conséquence ? On peut se demander s'il ne s'agit pas, là encore, d'une mesure cosmétique permettant à l'État de se prétendre à peu de frais en phase avec la mouvance participative et citoyenne des usagers, et le conseil de la vie sociale peut certainement se révéler tel si son caractère potentiellement éducatif n'est pas pris au sérieux par les établissements.

Il semble que bon nombre d'établissements ont depuis longtemps mis en place diverses formes de participation des usagers et que le législateur ne fait, une fois de plus, qu'entériner un état de fait. Pourtant, ce dispositif n'est pas exempt de certaines problématiques dans sa mise en œuvre (d'où un retard de signature du décret d'application), notamment, semble-t-il, en matière de composition. Les réticences concernent surtout la représentation des parents en son sein qui, selon certains, pourrait constituer un frein à une réelle participation des usagers et à des débats vraiment ouverts et enrichissants en présence des parents.

Cette exigence de démocratie participative dans une loi émanant de Pouvoirs Publics dont la non représentativité se fait jour à chaque nouveau scrutin politique quel que soit le niveau auquel il a lieu (records d'abstention sans cesse battus),

peut paraître paradoxale et prêter à la méfiance. Là encore, où est l'intégration sociale, s'il n'y a pas (et de moins en moins) d'adéquation entre les pratiques dans les établissements (la démocratie, dans le cas qui nous intéresse) et la réalité du monde « extérieur » ? N'y a-t-il pas risque de régression pour l'usager qui, nourri de pratiques démocratiques au sein de l'institution, se lance dans une société qui exprime clairement et sans cesse son total désintérêt (pour ne pas dire mépris) pour la parole du citoyen, sauf quand il s'exprime en tant que consommateur (de préférence un consommateur au pouvoir d'achat conséquent) ?

2.7 La charte des droits et libertés de la personne accueillie

Cette charte est un document ministériel qui nécessite, outre sa diffusion, de vérifier le respect des droits et libertés dans l'établissement et d'en tirer la conséquence dans les autres outils prévus par la loi.

Elle réitère certains grands principes déjà présents dans la loi, tels les principes de non discrimination, de libre choix, de consentement éclairé préalable à toute prise en charge et de participation de l'usager, de prévention et de soutien, ainsi que des droits figurant eux aussi dans la loi tels les droits à l'information, à la renonciation, au respect des liens familiaux, à la protection, à l'autonomie, à l'exercice des droits civiques et à la pratique religieuse.

Rien de neuf, donc, et on peut s'interroger sur la nécessité d'un tel document plus ou moins redondant avec la loi, une telle déclaration d'intentions, de belles intentions certes, mais certainement insuffisantes pour garantir la citoyenneté des personnes concernées.

De plus, cette charte doit être jointe au livret d'accueil. Or, nous l'avons vu, tout doit être mis en œuvre pour que ce livret d'accueil soit accessible aux usagers des établissements qu'il concerne. Il est donc pour le moins étrange, dans ces conditions, d'y joindre un texte qui risque de s'avérer passablement indigeste pour l'immense majorité des personnes auxquelles il est censé s'adresser. La loi ne suffisait-elle pas ? On a malheureusement de nouveau l'impression qu'il s'agit d'une mesure cosmétique dont le seul résultat risque d'être un effet d'annonce et la bonne conscience du législateur et des politiques qui l'ont mandaté, qui pourront ainsi se sentir inattaquable en matière de déclaration des droits de l'usager. On objectera à cela que la charte, dans sa brièveté, est plus maniable pour les personnes concernées que la Loi 02/2002 qui est relativement longue.

Argument recevable, à mon avis. Mais alors, n'aurait-il pas été encore plus pédagogiquement correct et plus judicieux d'imposer la rédaction d'une telle charte aux établissements eux-mêmes, sur la base de la loi et d'une éventuelle série d'indications contraignantes (qui auraient pu faire l'objet d'un décret), dont l'une aurait été l'obligation de la formuler de manière compréhensible pour les usagers qu'elle concerne, et une autre l'obligation d'y faire figurer un certain nombre de

principes ou valeurs ? On aurait alors été en mesure d'espérer que la charte contribue à une réelle appropriation par les personnels comme les usagers des éléments forts de la loi. Au lieu de cela, quelle est la réaction des personnels auxquels on livre les articles de la charte ? Ils sourient: « *encore des grands mots de la part de personnes qui n'ont jamais mis les pieds dans un établissement social ou médico-social* », ou bien « *une déclaration de principes, ça ne mange pas de pain, n'est-ce pas ?* », ou encore « *c'est bien beau tout ça, mais l'intendance ne suivra pas, comme d'habitude* », etc. ... Et on comprend ces réactions.

2.8 La personne qualifiée

“La personne qualifiée n'est pas un médiateur. Elle doit systématiquement se trouver du côté de l'utilisateur”

Qui, compte tenu des conditions à remplir pour figurer sur la liste des personnes qualifiées, 1) sera éligible et, surtout, 2) sera volontaire pour cela ? En effet, pour être éligible, il faudra présenter toutes les garanties de neutralité et d'honnêteté, œuvrer ou avoir œuvré dans le secteur social, et être totalement indépendant (financièrement comme symboliquement ou de toute autre manière) des établissements, associations ou

organismes gestionnaires concernés. Le tout à titre bénévole. Pas étonnant que, si on parle beaucoup de cette personne qualifiée, elle semble devoir être difficile à trouver. C'est du moins l'avis de la plupart des travailleurs sociaux auxquels est présenté ce dispositif.

Le dispositif de la personne qualifiée a été créé pour que les usagers (ou leur représentant légal) puissent tenter de faire valoir leurs droits, s'ils les jugent bafoués, sans être obligés de mettre en branle la lourde machine judiciaire. C'est donc une procédure à l'amiable. Certains nomment « médiateur » cette personne qualifiée, ce qu'elle n'est pas. En effet, un médiateur, comme son nom l'indique, est à mi-chemin entre deux interlocuteurs, ce qui n'est en aucun cas le rôle de la personne qualifiée, puisque cette dernière doit systématiquement se trouver du côté de l'utilisateur, même si c'est pour le dissuader d'engager des poursuites judiciaires.

On peut toutefois s'interroger sur le rôle réel que risque de jouer ce dispositif, d'autant plus que la liste des personnes qualifiées doit être établie par le président du Conseil général, peu enclin, on l'imagine aisément, à tendre le bâton à qui souhaiterait le frapper.

III – L'ÉVALUATION

L'évaluation découle du devoir désormais inscrit dans la loi, pour chaque établissement, de rendre compte de son mandat, c'est-à-dire de planifier son action et de travailler sur le mode du projet, ce qui ne peut qu'améliorer la crédibilité d'un secteur dont les résultats visibles ne sont pas toujours aisés à mettre en rapport avec le coût des actions mises en œuvre. De plus, l'évaluation constitue un gage de continuité de la prise en charge à laquelle l'utilisateur a droit, et, elle peut contribuer à une amélioration qualitative de la prise en charge.

3.1 Pourquoi évaluer ?

L'évaluation permet aux acteurs de l'aide sociale de déterminer eux-mêmes les critères selon lesquels on doit apprécier la prise en charge ou de participer à leur détermination, en fournissant des traces concrètes (écrites) de leur action. Il serait bien maladroit de laisser aux politiques ou au public le monopole de ces critères. Il y a en effet fort à parier que le travail des établissements et services sociaux et médico-sociaux ferait piètre figure si on évaluait leur action comme on évalue le fonctionnement d'une fabrique de chaussures ou le rendement d'une politique économique (au moins pour ses initiateurs).

L'évaluation a également un certain nombre d'autres fonctions importantes, qui recourent (et ce n'est pas étonnant) parfois celles de l'écrit.

- Elle permet d'**harmoniser les représentations** de l'action menée comme de ses acteurs et de ses objets. Il est en effet essentiel que tous les acteurs de la prise en charge, et l'utilisateur parmi eux, travaillent sur un référentiel commun en matière d'action, en d'autres termes que tout le monde soit d'accord sur le sens à accorder aux termes en usage dans la formulation de la prise en charge (besoins, objectifs, modalités, etc....)
- Elle permet aussi de **diminuer la subjectivité** individuelle. On sait en effet que le fait de coucher sur la papier sa pratique, c'est également la penser et sortir ainsi de l'implicite et de la seule oralité. De plus, comme il n'y a d'évaluation de qualité qu'en équipe, le nombre des acteurs tend en lui-même à minorer l'impact de la subjectivité de chacun et à mettre en place une certaine objectivité des processus.
- Elle permet ensuite d'**assurer la continuité** de la prise en charge, à laquelle l'utilisateur a un droit imprescriptible en vertu de la loi. En effet, la pratique systématique de l'évaluation écrite libère la prise en charge de la personnalité de chaque encadrant, c'est-à-dire que la prise en charge de l'utilisateur ne dépend pas de la présence (ou du bon vouloir) de tel ou tel membre du personnel.
- Elle permet de plus de **garantir la fiabilité des traces**. En effet, l'évaluation libère également la prise en charge de la mémoire très aléatoire de l'encadrement, la mémoire humaine n'étant pas infaillible, loin s'en faut. Qui dit traces écrites dit objectivité des traces.

- Elle permet par ailleurs de **standardiser** (uniformiser) le système de référence, les valeurs et de les rendre ainsi communs, ce qui rejoint la garantie de continuité, mais facilite également le travail d'évaluation de l'évaluation elle-même.
- Elle permet aussi à l'usager (dans le cadre de ses compétences) de « **se lire** » dans l'évaluation de son encadrement.
- Mais elle peut, ne l'oublions pas, être un outil de contrôle permettant aux politiques et aux gestionnaires, si les résultats sont bons (ou trop mauvais), de procéder à ce qu'on appelle élégamment une rationalisation des choix budgétaires, sous prétexte que la société française devrait obéir à la seule logique pensable et moderne, le libéralisme, c'est-à-dire aux lois supposées rationnelles du marché.

“L'évaluateur est l'accompagnateur des équipes plus qu'un censeur”

Quoi qu'on dise de l'évaluation, si elle peut toujours être dévoyée par des acteurs politiques peu scrupuleux, elle représente un renforcement des travailleurs sociaux car elle les autorise à « prouver » leur travail en le rendant plus visible.

3.2 La difficulté d'évaluer

Évaluer n'est pas simple. En effet, on peut supposer que la peur d'exposer de « mauvais » résultats peut entraîner les travailleurs sociaux dans des pratiques de rejet de toute évaluation, ce qui est fréquent. Or les résultats ne peuvent être mauvais qu'en fonction des objectifs fixés, la détermination de ces derniers constituant une phase essentielle de l'évaluation. Et d'ailleurs, les établissements n'ont (pour l'instant) aucune obligation de résultats pour ce qui est de l'impact de leur prise en charge sur les usagers.

Autre difficulté de l'évaluation : l'absence de modèle. En effet l'évaluation n'est pas une science exacte, loin s'en faut. Les équipes doivent en conséquence se forger leurs propres évaluations, et la détermination d'outils, d'indicateurs et de méthodes peut poser de gros problèmes aux novices en la matière (comme aux autres, d'ailleurs). Notons au passage que le caractère non exact de la « science de l'évaluation » a au moins l'avantage de permettre de remettre les décideurs à leur place. En effet, ces décideurs, quoi qu'ils en disent, ne sont nullement détenteurs d'une rationalité parfaite qui leur permettrait l'exercice d'une absolue objectivité, cette rationalité n'existant que dans les rêves malsains de pouvoir qui hantent les technocrates de tous poils. De plus, cet état de fait, sans qu'il s'agisse ici de déresponsabiliser les acteurs de la prise en charge, laisse à ces derniers un certain droit à l'erreur. Par ailleurs, la logique moderne de l'évaluation fait de l'évaluateur un accompagnateur des équipes plus qu'un censeur.

Enfin, il existe un problème rarement soulevé quant à l'évaluation, celui de sa nature contraire à une véritable intégration sociale. De quel droit, en effet, évaluerais-je les compétences de mon voisin, par exemple ? Or, si l'avenir du secteur ré-

side bien dans l'intégration sociale des usagers actuels des établissements sociaux et médico-sociaux, ces usagers sont les citoyens à part entière de demain, c'est-à-dire nos potentiels voisins de pallier.

3.3 Évaluer quoi et avec quels outils ?

Une fois examinés le pourquoi et les difficultés de l'évaluation, reste la question cruciale de son objet. On est confronté d'emblée à la multiplicité des éléments entrant en ligne de compte dans le processus d'évaluation. Si le personnel peut à la rigueur parfaitement s'auto-évaluer en matière de conformité de ses pratiques à la loi, dans sa lettre comme dans son esprit, il est extrêmement ardu d'évaluer le personnel dans sa professionnalité.

Malgré les difficultés de cet exercice, le législateur a choisi d'obliger les établissements et services, à évaluer l'impact de la prise en charge sur l'utilisateur, rien de plus rien de moins, sans omettre de signaler que les pratiques éducatives de ces mêmes établissements et services feraient elles aussi l'objet d'une évaluation (interne et externe).

Il existe en effet deux types d'évaluation : l'évaluation fonctionnelle (qui est l'évaluation des pratiques) et l'évaluation opératoire (qui est l'évaluation de l'impact de la prise en charge sur les usagers). La première semble relativement bien acceptée dans le secteur... contrairement à la seconde.

3.3.1 L'évaluation fonctionnelle

Évaluer l'impact de la prise en charge sur l'utilisateur est primordial, et devrait faire partie intégrante des pratiques du secteur. Or ces pratiques devront désormais elles aussi faire l'objet d'une évaluation, interne comme externe (article 22 de la Loi 02/2002). Mais dans la masse imposante des éléments constituant ces pratiques, qu'évaluera-t-on, se demandent avec inquiétude nombre de travailleurs sociaux. Ces travailleurs sont d'autant plus inquiets qu'on leur demande de s'auto-évaluer, ce qu'ils n'ont jamais fait auparavant, du moins collectivement et de manière systématique. Or il est certain que c'est en partie sur le choix des « termes de références » (comme on dit très intelligemment en anglais) de l'évaluation que repose une bonne partie des résultats de cette dernière. Je ne livrerai ici que quelques indications à titre tout à fait personnel et sur la base d'une pratique de formateur qui n'est jamais exempte d'une certaine dose d'évaluation (à la demande même des intéressés), sans omettre de préciser que le Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale est désormais légalement constitué et qu'une de ses tâches sera d'élaborer des « référentiels de bonnes pratiques » (car j'espère que l'on mettra le terme de pratiques au pluriel). Ces référentiels peuvent d'ailleurs se révéler à double tranchant. En effet, s'ils pourront fournir des références aux équipes en mal de repères, ils risquent également de s'imposer comme des instruments normatifs dont les établissements et services concernés n'ont pas forcément besoin, confrontés comme ils le sont déjà à toute une série de problématiques touchant à une nécessaire standardisation des pratiques comme à la notion de normalisation.

La première chose, il me semble, qui pourra faire l'objet d'une évaluation est la pratique, dans l'établissement ou service, de l'évaluation de l'impact de la prise en charge sur l'utilisateur et le mode opératoire de cette évaluation. Certes, aucune structure n'est à ce jour (pourvu que ça dure...) soumise à une obligation de résultats (ni quantitatifs ni qualitatifs), du moins explicitement. C'est-à-dire qu'on ne demande pas à telle MAS de faire évoluer de manière quantifiable vers davantage d'autonomie un nombre déterminé d'utilisateurs chaque année, ou à tel CAT de faire transiter un nombre annuel défini de travailleurs vers le marché ordinaire du travail. Mais il est certain que désormais, si un évaluateur externe constate qu'un établissement

**“Mieux valent de
« mauvais » résultats
que pas de résultats
du tout”**

ne pratique pas l'évaluation, c'est-à-dire ne planifie pas systématiquement son action, dans le cadre d'une prise en charge qui doit toujours être considérée dans une temporalité déterminée⁸, il y a fort à parier que ledit établissement risque de rencontrer de grosses difficultés de survie. De toute façon, mieux valent de « mauvais » résultats que pas de résultats du tout.

Autre objet auquel un évaluateur attachera sans doute de l'importance : la conformité des pratiques au projet de l'établissement ou du service concerné. À quoi servirait, en effet, un document fondateur, fédérateur, et commun comme doit l'être le projet, si c'est pour rester lettre morte ? La moindre des choses, pour un établissement, n'est-elle pas d'obéir à ses propres objectifs, sur la base de sa propre définition des besoins des populations accueillies, pour une prise en charge dont le contenu et la forme ont été déterminés par l'ensemble du personnel ? Il y va de la cohérence de la prise en charge (à laquelle, rappelons-le, l'utilisateur a un droit imprescriptible) comme de la raison de vivre de l'établissement ou service dans le cadre duquel elle a lieu.

Troisième point qui sera sans aucun doute évalué, évident celui-ci : la conformité à la loi des pratiques des établissements et services. « Nul n'est censé ignorer la loi », et certainement pas le secteur social et médico-social dans sa composante la plus professionnelle, celle des infrastructures de prise en charge d'êtres humains en difficulté. La question qui se pose à ce sujet est d'importance : la loi est-elle possible à respecter, peut-elle réalistement passer dans les faits ? Question qui en recouvre une foule d'autres, dont la moindre n'est pas : n'y a-t-il pas incompatibilité de principe entre citoyenneté et institution fermée ? Et puis, les politiques sont-ils eux-mêmes prêts à l'évaluation, c'est-à-dire accepteront-ils de se remettre en question (en remettant en question la loi) s'il s'avérait que la loi n'est pas applicable en l'état et qu'elle demande des modifications, ou risqueront-ils de mettre hors la loi une majorité des établissements et services concernés ou bien, souhaitant ménager la chèvre et le chou (eux-mêmes et les acteurs concernés par la loi),

⁸ *Même si cette temporalité se décline parfois dans le très long terme et peut même s'avérer illusoire pour certains usagers très lourdement handicapés. Comment en effet prévoir que tel usager polyhandicapé et porteur d'une déficience intellectuelle profonde séjournera dans telle MAS 5 ans, 15 ans, ou jusqu'au restant de ses jours ?*

se contenteront-ils de laisser en vigueur une loi « morte » puisque violée ouvertement et sans risque de sanctions par une majorité d'acteurs du secteur considéré (comme c'est à ce jour le cas pour la loi Évin) ? Toujours est-il que dans le cadre de l'évaluation de la conformité des pratiques à la loi figurera nécessairement l'existence des documents (ou outils de la citoyenneté) exigés par cette loi, et, surtout, de leur usage et mise en œuvre effective dans les pratiques. Rien ne sert, là encore, de disposer d'un projet individualisé dûment signé (dans le cadre du contrat de séjour) s'il reste lettre morte.

D'autre part, l'évaluateur s'attachera sans doute à mesurer la cohérence de la prise en charge avec le schéma départemental. Certes, ces schémas départementaux sont de qualité fort inégale. Il y en a de bons, c'est-à-dire qu'ils constituent une analyse sérieuse des besoins de populations déterminées du département, et un document de référence fiable servant de base aux projets et activités organisés par établissements et services. Il y en a également de douteux, c'est-à-dire le plus souvent que leurs conclusions en sont fournies à l'avance par les politiques locales, à charge pour les professionnels chargés de les élaborer de se débrouiller pour parvenir auxdites conclusions. Il n'empêche : les établissements et services doivent dans la mesure du possible se conformer à ces schémas, ne serait-ce que pour faciliter les partenariats interinstitutionnels (on collabore mieux avec des références communes).

Autre point, qui ne s'impose pas d'emblée mais qui peut prendre une grande importance : les dispositifs en place pour que règne au sein de l'établissement ou service une atmosphère propice à une prise en charge de qualité. Il est certain qu'une atmosphère délétère telle qu'il m'a parfois été donné de rencontrer dans certaines institutions (problèmes récurrents entre membres du personnel éducatif, entre catégories de personnel, entre le personnel et l'équipe dirigeante, voire entre l'équipe dirigeante et les chefs de service, etc...) pourra être jugée par un évaluateur contraire 1) aux besoins de l'utilisateur et aux objectifs subséquentement fixés à la prise en charge, 2) au droit de l'utilisateur à la sécurité, à une prise en charge adaptée et à une existence lui permettant d'évoluer, et 3) aux valeurs et missions que l'institution elle-même n'a pas manqué de se fixer dans son projet d'établissement.

Le contenu des projets individualisés pourra lui aussi faire l'objet d'une évaluation, c'est-à-dire d'une analyse en termes de démarche (participation ou non de l'utilisateur et/ou des familles à leur confection), de cohérence (sont-ils adaptés à la situation, la pathologie, le caractère, l'âge, etc.. des usagers), d'individualisation (sont-ils tous identiques ou presque, les différences n'étant opérées que pour mettre en évidence, de manière cosmétique, une individualisation factice de la prise en charge), etc...

Arrêtons là cette énumération des objets possibles d'évaluation des pratiques. On aura compris que l'évaluation couvrira l'ensemble de la prise en charge dans ses éléments essentiels, qui tous doivent converger vers un mieux-être des usagers tel qu'il est formulé par la loi (citoyenneté, autonomie, intégration sociale, etc...), dans sa lettre comme dans son esprit, mais également conformément aux pratiques telles qu'elles tendent à se développer depuis un certain nombre d'années en France et dans d'autres pays.

“Les institutions ont toujours pratiqué l'évaluation mais sous des formes orales ou/et implicites”

Cette évaluation fonctionnelle dispose d'une multitude d'outils, qui ne sont pas sans rappeler (et c'est un euphémisme) ceux qui permettent l'évaluation opératoire. Ce sont, pêle-mêle et sans prétendre à l'exhaustivité : la concertation, les réunions, les jeux de rôle, etc... sans oublier les protocoles d'observation (de préférence sur des formulaires élaborés sur place) avec indicateurs et variables, bref, des grilles d'évaluation où sont définis

les problématiques visées, les objectifs à atteindre (avec les délais de réalisation), les stratégies à employer, etc... Ici comme ailleurs, il est fortement recommandé de respecter le rythme ternaire de toute évaluation qui se respecte : évaluation *ex-ante* (ou état des lieux), évaluation *ex-tempore* (ou « chemin faisant ») et évaluation *ex-post* (ou récapitulative).

Des exemples d'indicateurs peuvent être l'atmosphère régnant dans l'établissement, le ton des échanges verbaux (entre intervenants et/ou entre intervenants et usagers), la civilité de tous (verbale et comportementale), le degré de « collectivité » du travail et des décisions ainsi que la discipline respectée en matière de mise en œuvre des décisions, la qualité de la collaboration entre divers éléments de l'équipe, etc... La liste là aussi serait longue de ce qu'il est possible (voire souhaitable) d'évaluer dans un établissement ou service en vue d'en améliorer le fonctionnement au service des usagers.

3.3.2 L'évaluation opératoire

Étant donnée les difficultés ici évoquées, un soin tout particulier doit être porté au choix de ce qu'on va évaluer. Une règle d'or en la matière : **on n'évalue que ce qui doit et peut évoluer**. Il existe plusieurs formes d'évaluation qui se complètent (elles ne s'excluent pas). Les personnels des institutions ont toujours pratiqué l'évaluation, mais sous des formes orales ou/et implicites. Surtout, ils doivent continuer à évaluer, mais par écrit. Tous les ans, au moins, le personnel doit noter les progrès généraux de chaque usager, comme il l'a presque toujours fait, et cette évaluation générale reste la plus importante ! L'essentiel, en effet, est bien de lire, par exemple, que « untel a l'air mieux dans sa peau depuis quelques mois ». Ce que l'on exige désormais des établissements, c'est, en plus, d'élaborer des grilles d'évaluation dans lesquelles ce mieux-être d'untel se traduit dans des indicateurs de détail, des repères concrets objectivables et/ou quantifiables. L'idée est que le fait que l'utilisateur X a l'air de mieux se sentir doit nécessairement se traduire par le

fait, par exemple, qu'il exécute plus volontiers certains actes de la vie quotidienne ou qu'il se comporte de manière socialement plus acceptable à table. Tout le problème sera de déterminer les indicateurs qui sont pertinents pour tel ou tel usager, ce qui exclue en principe les indicateurs formulés en termes de savoir ou de capacité. En effet, que m'importe de constater que X connaît l'heure s'il néglige systématiquement toute forme de ponctualité ? La non connaissance de l'heure pourra à la rigueur s'avérer être l'origine du manque de ponctualité de X, le savoir cognitif, dans cet exemple comme en général, n'étant bien souvent qu'un moyen de parvenir à faire évoluer l'être et du faire de l'usager.

Ce qui est désormais inacceptable pour les décideurs est de constater que la prise en charge n'est pas planifiée ni ses effets évalués. Un exemple. Dans tel CAT un usager d'une trentaine d'année est refoulé à l'entrée de son lieu de travail et renvoyé au foyer d'hébergement où il réside afin de s'y raser avant de regagner son poste. Rien de bien extravagant, si ce n'est cette scène qui se répète quotidiennement depuis presque dix années ! C'est ce genre de « prise en charge » qui est désormais inacceptable pour le législateur. En effet, il n'y a que deux « solutions » : 1) ou bien l'usager arrive non rasé au travail le matin tout simplement parce qu'il préfère se raser la veille au soir afin de profiter de quelques minutes de sommeil supplémentaires chaque matin, auquel cas il n'y a aucune raison de l'envoyer se raser tous les matins du monde, car le fait d'être mal rasé (désormais socialement acceptable et même à la mode depuis quelques années) n'est nullement le symptôme d'un problème, ou bien 2) le fait d'arriver mal rasé au travail constitue le mode d'expression d'un réel problème, le symptôme d'une difficulté, auquel cas il aurait fallu s'attaquer à ce problème depuis des années, en amont de l'arrivée au travail. On a là l'essence même de l'évaluation désormais obligatoire dans le secteur social et médico-social.

“Il faut dédramatiser l'évaluation et les grilles qui en découlent”

Qu'on ne se méprenne pas. Il faut dédramatiser l'évaluation, et les grilles d'évaluation, qui effraient parfois les travailleurs sociaux par leur ressemblance avec un fichage, viennent en plus du travail déjà effectué, elles ne sont pas destinées à remplacer quoi que ce soit, et ne peuvent ni ne doivent prétendre donner une image exhaustive de l'usager de quelque manière que ce soit. Une grille d'évaluation n'est qu'un modeste ensemble de fragments de vie de l'usager contribuant simplement à faciliter l'appréhension globale de sa personnalité et de son évolution. Ce qui répugne souvent à ces mêmes travailleurs sociaux est la « mise en chiffre ». En effet, toute grille d'évaluation qui se respecte se décline sous forme de variables que par habitude (par paresse) on formule par des chiffres. Mais le travail le plus important en la matière est, après la détermination de la pertinence de l'indicateur pour l'usager en question, la définition des variables, non leur formulation sous forme de chiffres ou non. En effet, prenons l'indicateur : « se sert des produits de toilette ». On peut évaluer l'impact de la prise en charge sur l'usager en matière d'utilisation des produits de toilette sous divers angles : l'autonomie d'utilisation,

le résultat de l'utilisation, l'adéquation de l'utilisation, etc.... Si c'est de l'autonomie qu'on parle, les variables déclinées pourront être : 1- utilise les produits de toilette avec une aide systématique, 2- utilise les produits de toilette avec une aide fréquente, 3- utilise les produits de toilette sous simple guidance, et 4- utilise les produits de toilette en toute autonomie. Si on parle de résultats, les variables ne seront plus les mêmes et pourront se décliner comme suit : 1- le résultat de l'utilisation des produits de toilette est mauvais ou nul, 2- le résultat de l'utilisation des produits de toilette est passable, 3- le résultat de l'utilisation des produits de toilette est plutôt satisfaisant, et 4- le résultat de l'utilisation des produits de toilette est très bon ou parfait. On voit que cet indicateur n'a aucun sens en lui-même et qu'il ne prendra toute sa signification que mis en regard d'autres indicateurs de même type et de remarques plus générales sur l'évolution de l'usager concerné.

La logique du législateur est en effet celle d'une approche systémique ou globale de l'usager, et à ce titre, il n'est plus acceptable de « saucissonner » l'usager. Or la grille d'évaluation, comme on vient de le voir, permet justement, et contrairement à ce dont on l'accuse parfois, d'« étoffer » l'opinion de l'usager que peut véhiculer le personnel qui l'encadre. Mais trois exigences essentielles doivent être satisfaites pour un emploi pertinent de l'évaluation.

La première est une conscience aiguë et de tout instant de ce qui peut être évalué. En effet, en aucun cas l'évaluation ne peut porter atteinte aux droits de l'usager, en particulier le droit à l'intimité. Cela signifie qu'il existe des domaines où il est impératif de se garder de toute évaluation, la sexualité par exemple. En bref : on ne peut et on ne doit pas tout évaluer.

La seconde est la lisibilité des grilles d'évaluation. Trop nombreux sont en effet les cas où des grilles d'évaluation ont été élaborées par des équipes qui, rapidement, se découragent devant ces grilles car elles se révèlent impraticables, et remettent donc vite lesdites grilles dans un tiroir où elles gisent jusqu'à ce qu'un déménagement ou un grand nettoyage de printemps les effacent définitivement de la surface de la Terre. Or une grille d'évaluation, pour être lisible et « praticable », doit impérativement aménager un large espace à l'écrit et jamais ne se limiter à un ensemble de croix dans des tables de chiffres. J'irai même jusqu'à penser qu'un indicateur par page A4, laissant le reste de la page (et même la page suivante) à la disposition de l'écrit, est la seule façon d'obtenir une grille véritablement lisible et praticable.

La troisième est la poursuite par les travailleurs sociaux des évaluations empiriques qu'ils ont de tout temps opérées et qui en aucun cas ne sont exclusives de la pratique d'évaluations systématiques telle que l'exige le législateur.

Signalons enfin qu'il n'y a d'évaluation efficace et acceptable que si elle est le résultat d'un travail en équipe pluridisciplinaire. Si chaque membre de l'équipe évalue de son côté, on peut très bien se passer d'évaluer, si tant est que ce type de pratique puisse porter le doux nom d'évaluation.

3.4 Les risques de l'évaluation

Non seulement évaluer n'est pas simple, on l'a vu, mais cela peut même comporter des dangers dont il suffit parfois d'être conscient pour les conjurer.

Premier danger : être « trop bon » en évaluation. Il existe en effet des « technocrates de l'évaluation », c'est-à-dire des travailleurs sociaux qui peuvent produire à la demande un tas de documents, grilles, carnets de bord et autres référentiels d'observation, tenus de manière exemplaire, mais qui ne reflètent nullement une véritable évaluation, c'est-à-dire une évaluation qui épouse au plus près la réalité sans tenter de la distordre pour « faire bien », qui se contente, et c'est déjà très bien, d'accompagner la prise en charge pour la faciliter et la rendre plus visible. L'évaluation n'est pas la prise en charge, elle n'en est qu'un outil de gestion, rien de plus rien de moins. En d'autres termes, l'évaluation ne doit jamais être une fin en soi.

Autre danger : une mauvaise gestion du temps imparti à l'évaluation. En d'autres termes l'évaluation, si elle fait partie intégrante de la prise en charge, ne doit en aucun cas se faire au détriment du temps passé avec les usagers. Elle a en effet pour objet d'accroître la qualité de la prise en charge et ne peut donc mettre cette dernière en péril. Répétons-le : faire de l'évaluation, dans la mesure où l'évaluation ne peut se passer de travail en équipe pluridisciplinaire et implique donc un certain nombre de réunions, c'est apprendre à gérer rigoureusement le temps, plus rigoureusement en tout cas que ça n'est le cas dans nombre des établissements sociaux et médico-sociaux.

Et puisqu'il est question de rigueur, signalons un troisième danger lié à la pratique de l'évaluation, qui serait de confondre rigueur et rigidité. En effet, même si l'on dispose d'un dispositif efficace d'évaluation, après d'innombrables séances de travail, une période d'intenses remises en question, de discussions animées et de réflexion approfondie, il faut toujours être prêt à le remettre en cause, à remanier les grilles qui l'alimentent, à le questionner à tout instant pour contrôler qu'il répond bien à l'intention qui a présidé à sa création. En effet, il suffit, par exemple, qu'un nouvel usager intègre l'établissement pour qu'avec lui soient introduits de nouveaux éléments d'évaluation, voire une manière quelque peu différente d'évaluer. Je suis conscient du fait qu'il s'agit d'une belle affirmation théorique. Il n'empêche : quand un dispositif d'évaluation se fige, il perd rapidement toute pertinence pour l'évolution des usagers et donc tout intérêt pour l'équipe d'encadrement. Et dès qu'une équipe cesse de pratiquer son dispositif d'évaluation, elle risque d'adopter une attitude résolument opposée à toute forme d'évaluation. C'est malheureusement souvent le cas, surtout en raison du fait que les dispositifs d'évaluation ont été imposés d'en haut et mal intégrés aux pratiques quotidiennes.

Quatrième danger : être trop bon dans ses pratiques. En effet, si un évaluateur constate, au vu de magnifiques grilles d'évaluation et grâce à leur précision, que le même travail pourrait être effectué avec moins de personnel, en partie en raison de l'efficacité des outils d'évaluation, l'utilisateur risque d'y perdre en qualité de la prise en charge (et le personnel en postes d'embauche).

“Un dispositif d'évaluation qui se fige perd rapidement toute pertinence”

Cinquième danger, évident pour tous les travailleurs sociaux, puisqu'il constitue souvent un (mauvais) prétexte pour ne pas évaluer : le flicage. Il serait en effet inepte de nier que les outils d'évaluation peuvent également être utilisés pour contrôler le travail du personnel. Reste que ce n'est pas leur fonction première et qu'il faudrait être bien retord pour trouver dans une

bonne grille d'évaluation les arguments **quantitatifs** qui sont souvent à la base des opérations de rationalisation des choix budgétaires. D'autre part, ce risque ne pouvant nullement être invoqué pour dispenser les équipes d'évaluer, autant « faire avec » et espérer que la qualité sera récompensée et non sanctionnée. Enfin, comme nous l'avons vu, si les dispositifs d'évaluation peuvent constituer un risque d'être contrôlé, ils sont aussi et surtout des éléments de renforcement du travailleur social qui, avec leur aide, est en mesure d'améliorer considérablement la traçabilité de son travail.

3.5 Évaluer... les évaluateurs

Qui va évaluer les évaluateurs ? Il convient de se poser la question, le marché de l'évaluation risquant de se révéler passablement juteux. Or, si la Loi 02/2002 exige que les établissements fassent régulièrement l'objet d'évaluations externes (en plus d'une auto-évaluation avérée), les conclusions de ces dernières ne sauraient dépendre du bon vouloir de tel ou tel bureau privé de consultants désireux de s'enrichir sur le dos des usagers les plus démunis, par l'intermédiaire de l'évaluation de leur encadrement. Grossièrement, si l'évaluation dans le secteur est laissée sans autres formes de procès en pâture au secteur commerçant, il est à craindre que les établissements ne soient jamais trouvés assez scandaleusement « mauvais », voire irrécupérables, pour fermer, ni assez « bons » pour pouvoir se passer, au moins pour une certaine durée, des services de l'évaluateur, deux cas de manque à gagner pour ce dernier. Il faut donc « labelliser » les organismes évaluateurs et s'en tenir, il me semble, à des organismes publics, para-publics ou semi privés 1) qui connaissent « intimement » le secteur, 2) dont l'existence ne dépende pas des résultats des évaluations.

Enfin, il faut dédramatiser ces évaluations externes. La logique moderne de l'évaluation la range résolument du côté d'un rôle d'accompagnement plutôt que du côté de la sanction, même s'il est évidemment inéluctable qu'elle puisse déboucher sur la fermeture d'établissements ou services qui tourneraient systématiquement le dos à la loi. Il me semble que, outre la constatation des viols flagrants de la

loi et un examen des pratiques visant à voir s'ils travaillent globalement en conformité avec la loi dans sa lettre comme dans son esprit, les évaluateurs s'attacheront surtout à observer le travail des établissements et services pour voir s'ils évaluent, c'est-à-dire s'ils planifient et mesurent leur action. Ni plus ni moins.

IV - CONCLUSION

La Loi 02/2002 sera sans doute longue à introduire dans les pratiques des acteurs du secteur social et médico-social. Pour deux raisons principales : les changements de mentalité et de pratiques qu'elle induit pour les établissements et services, surtout pour ceux qui ont attendu la promulgation de la loi pour réfléchir leur action, ne seront que lentement opérés (ce qui est le propre de ce type de changements) ; les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la loi, c'est l'impression que l'ensemble des acteurs devront faire l'objet d'un incessant travail de harcèlement sur les Pouvoirs Publics, personne ne croyant que les politiques offriront aux agents de l'aide sociale les moyens de leur législation sans être constamment rappelés à l'ordre.

BIBLIOGRAPHIE

Baudrillard, J., *L'échange symbolique et la mort* (Gallimard 1976).

Boyer, A., *Guide philosophique pour penser le travail éducatif et médico-social* (Érès 2001).

Cahiers de l'Actif, notamment n° 270-271 (novembre-décembre 1998), n° 306-307 (novembre-décembre 2001) et n° 320-323 (janvier-avril 2003).

Chavaroche, P., *Travailler en MAS* (Érès 2002).

Diederich, N., *Stériliser le handicap mental ?* (Érès 1998).

Éconoclastes, les, *Petit bréviaire des idées reçues en économie* (La Découverte 2003).

Foucault, M., *Naissance de la clinique* (PUF 1992).

Mauss n° 17, revue du, *Chassez le naturel... Écologisme, naturalisme et constructivisme* (premier semestre 2001, La Découverte 2001), et notamment les contributions de J. Roucloux (« La nature humaine à l'épreuve : "élevage" ou "dressage" ? »), P. Corcuff (« Les Lumières tamisées des constructivismes. L'humanité, la raison et le progrès comme transcendances relatives ») et P. De Lara (« Relativité de quoi ? »).

Simon, P. et Zappi, S., « La lutte contre les discriminations : la fin de l'assimilation à la française ? », in revue *Mouvements* n° 27-28 (mai-août 2003, La Découverte).

Testart, J., *Le vivant manipulé* (Sand 2000).