

Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles, un moyen pour lutter contre l'usure professionnelle

Lutter contre l'usure professionnelle en contribuant au développement d'une dynamique institutionnelle dans des organisations résidentielles peut s'envisager, entre autres, par l'instauration de groupes d'analyse des pratiques professionnelles. Après avoir précisé en quoi consiste l'analyse des pratiques professionnelles et indiqué les principales caractéristiques des dispositifs d'intervention à partir desquels un travail d'élucidation s'effectue, on traitera du mode d'approche mis en œuvre dans des établissements accueillant des adultes handicapés.

**Dominique
Fablet**

**Centre de
Recherche
Education et
Formation -
Université de Paris
X-Nanterre**

Évoquer "l'usure professionnelle", traduction de l'expression anglaise "burn-out" également assez couramment utilisée par les travailleurs sociaux, c'est faire référence à un malaise susceptible de se manifester de plusieurs façons dans ce milieu professionnel : de manière explicite lorsque des professionnels se plaignent d'un "ras-le-bol", d'une saturation quant à l'exercice de leur activité ; de manière plus indirecte, lorsque, parmi des collègues, on observe des conduites de retrait ou d'évitement, qui semblent témoigner d'un réel désinvestissement par rapport au travail. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine d'un tel sentiment : lassitude occasionnée par la répétition d'activités toujours semblables, impression de ne jamais aboutir à des résultats dans son travail, absence de reconnaissance ou de soutien de l'entourage professionnel, ou encore expression d'attitudes de réserve, d'indifférence, voire parfois même de dégoût ou de répulsion vis-à-vis des usagers, etc..

Mais quelles que soient les manifestations, propos ou conduites, permettant de caractériser le "burn-out", celles-ci traduisent bien l'expres-

sion d'une souffrance liée au travail (cf. les travaux de C. Dejours, 1980, 1998), qu'on ne saurait tenir pour purement individuelle et qui incite à s'interroger sur le contexte organisationnel dans lequel les activités professionnelles sont exercées⁽¹⁾. Parmi ceux-ci, les organisations résidentielles qui accueillent enfants ou adultes en difficulté ou handicapés - qualifiables de "*total institutions*", pour reprendre l'expression de Goffman (1968) - apparaissent comme des milieux où l'installation de la routine, les tendances au repli sur soi, l'accumulation de dysfonctionnements de toutes sortes, sont susceptibles de se développer. Il n'est donc guère étonnant que certaines "*pathologies sociales*" s'y propagent, et l'on évoquera les "*usagers*" victimes de "*l'hospitalisme*"⁽²⁾ ou de différentes formes de négligence ou de violence institutionnelles⁽³⁾, alors que l'usure professionnelle risque de menacer les praticiens, sans parler de la "*chronicisation*" des modes de fonctionnement.

Pour prévenir de telles dérives, auxquelles conduit bien souvent un mode de prise en charge trop globalisant, il n'est pas rare que les dirigeants de ces organisations cherchent alors différentes formes d'appui à l'extérieur afin de garantir un certain dynamisme à la vie collective : maintenir une mobilité parmi le personnel (en accueillant des stagiaires, en facilitant les départs vers d'autres établissements dans une perspective promotionnelle...), encourager la formation professionnelle continue du personnel, développer diverses formes de partenariat avec différents types d'interlocuteurs locaux, s'engager dans des démarches de recherche d'étude ou d'évaluation... Parmi les différentes pistes possibles susceptibles de contribuer à entretenir la dynamique institutionnelle figure l'instauration de groupes d'analyse des pratiques professionnelles.

**"L'usure professionnelle
risque de menacer les
praticiens, sans parler
de la "*chronicisation*"
des modes de
fonctionnements"**

(1) Dans l'un des premiers ouvrages publiés en France sur ce phénomène (Pezet, Villatte, Logeay, 1993), les auteurs, s'appuyant sur les travaux de C. Maslach et S. Jackson, définissent le "*burn-out*" comme "un syndrome relationnel composé de trois dimensions : un sentiment d'épuisement émotionnel, ...une tendance à la déshumanisation de la relation, ...une diminution de l'accomplissement personnel...". Dans leur enquête menée auprès de 350 travailleurs sociaux de différentes professions, de types d'institutions et de régions différents, les auteurs relèvent que, davantage que les caractéristiques individuelles, ce sont les caractéristiques professionnelles et situationnelles qui apparaissent déterminantes dans le développement du "*burn-out*".

(2) Ce terme, employé par Spitz pour désigner les perturbations d'un enfant dues à un séjour prolongé dans une institution en l'absence de contacts avec sa mère, a été également utilisé, notamment par P.C. Racamier, à propos d'adultes hospitalisés.

(3) Cf. *Les Cahiers de l'Actif* n° 248/249 janvier/février 1997.

L'ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dans un ouvrage réalisé en coordination avec C. Blanchard-Laville (1996), nous avons proposé de regrouper sous l'expression "*analyse des pratiques*" ou d'autres appellations similaires les activités qui :

" - sont organisées dans un cadre institué de formation professionnelle, initiale ou continue,

- concernent notamment les professionnels qui exercent des métiers (formateurs, enseignants, travailleurs sociaux, psychologues, thérapeutes, médecins, responsables de ressources humaines ...) ou des fonctions comportant des dimensions relationnelles importantes dans des champs diversifiés (de l'éducation, du social, de l'entreprise...).

D'autres dimensions paraissent caractériser l'Analyse des pratiques professionnelles : les sujets participant à un dispositif de ce type sont invités à s'impliquer dans l'analyse, c'est-à-dire à travailler à la co-construction du sens de leurs pratiques et/ou à l'amélioration des techniques professionnelles. Cette élaboration en situation interindividuelle, le plus souvent groupale, s'inscrit dans une certaine durée et nécessite la présence d'un animateur, en général professionnel lui-même dans le domaine des pratiques analysées, garant du dispositif en lien avec des références théoriques affirmées."

On reconnaîtra dans cette définition la prégnance de "*l'orientation Balint*". Parmi les méthodes de formation psychosociologique, l'intérêt de cycles d'évolution professionnelle empruntant cadre et démarche aux "*groupes Balint*" n'est pas douteux. Médecin et psychanalyste, M. Balint a mis au point un genre de formation original dont de nombreux dispositifs se sont, depuis, inspirés : il s'agit de réunir un groupe suffisamment homogène d'environ une douzaine de professionnels qualifiés, des médecins généralistes pour M. Balint, pour faciliter, à travers l'exploration de situations d'interaction médecin-malade rapportées par les participants, l'analyse des aspects transférentiels et contre-transférentiels en jeu⁽⁴⁾. A partir des propositions initiales de Balint, les professionnels de la formation et de l'intervention ont donc la possibilité de construire des dispositifs variés qui s'en inspirent, tout en s'en écartant parfois selon les cas.

(4) *D'autres types de relation que la relation thérapeutique - relation pédagogique, relation formative, relation éducative, relation d'aide - peuvent être travaillées selon des visées comparables.*

Même si d'autres types d'approches sont également possibles⁽⁵⁾, il importe ici de différencier les dispositifs d'analyse des pratiques professionnelles selon que ces dispositifs s'inscrivent dans le cadre de la formation stricto sensu, et l'on distinguera alors la formation initiale de la formation continue, ou que, les dimensions d'intervention se révélant déterminantes, ils relèvent davantage d'activités de consultation auprès d'équipes ou dans des organisations (cf. Blanchard-Laville C., Fablet D.(Coord.), 1998).

Inscrits dans des dispositifs de formation les groupes d'analyse des pratiques ont pour visée essentielle le changement des personnes, mais lorsque le travail d'analyse de la pratique s'effectue au sein de groupes réels, c'est-à-dire des groupes qui rassemblent des professionnels appartenant à la même équipe ou qui exercent dans le même établissement, des dimensions d'intervention sont nécessairement présentes. On utilise le terme d'intervention dans les cas où le travail s'engage à partir d'une demande qui concerne des agents appartenant à une même organisation, à un collectif de travail qui leur est

commun. Dès lors la finalité de l'action n'est plus seulement le changement ou l'évolution des personnes qui y participent mais aussi, peu ou prou, celui de leur collectif de travail. De ce fait, la nature des interactions entre participants s'en trouve modifiée : on traite, en effet, directement des problèmes rencontrés par les membres d'un groupe réel dans le contexte de travail et non plus seulement des représentations que les participants en ont, comme c'est le cas dans des groupes de formation réunissant des professionnels d'établissements divers.

"La finalité de l'action n'est plus seulement le changement ou l'évolution des personnes qui y participent mais aussi peu ou prou, celui de leur collectif de travail"

LES CARACTÉRISTIQUES DES DISPOSITIFS D'INTERVENTION

C'est donc dans le cadre d'intervention dans des établissements accueillant des adultes handicapés que nous avons été amené à proposer la mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles, notamment dans une perspective de lutte contre l'usure professionnelle. Nous avons également développé ce type d'action dans d'autres

(5) On peut se référer à la sociologie des organisations (Crozier, Sainsaulieu...), à la démarche réflexive sur l'agir professionnel théorisée par Schön, à l'approche d'explicitation proposée par Vermersch...

contextes institutionnels (services en milieu ouvert, internats et foyers relevant du secteur de l'enfance en difficulté ou de l'enfance handicapée), mais avec des visées différentes : accompagnement à un processus de réorganisation, démarche d'évaluation dynamique (cf. Fraisse J., Bonetti M., de Gaulejac V., 1987), aide au renouvellement du projet éducatif, facilitation de la cohésion des équipes... . Compte tenu de la nature de la demande, le projet de dispositif prendra, bien entendu, des configurations différentes mais empruntera assez systématiquement à une démarche comportant une même série de phases : analyse de la demande, mise en œuvre du dispositif d'analyse des pratiques, séances d'évaluation.

Lors de la phase d'analyse de la demande, qui comprend une série de rencontres entre les intervenants et les responsables et professionnels de l'établissement dans lequel l'intervention devrait être menée, il s'agit de situer le contexte organisationnel ainsi que le type de circonstances à l'origine d'un appel à un concours extérieur, mais surtout de s'assurer de l'existence d'un consensus suffisant entre responsables, professionnels et intervenants quant au dispositif envisagé, faute de quoi le processus ne pourrait se poursuivre.

Si le projet proposé recueille l'assentiment, alors le travail pourra s'engager. Il s'agira de :

- dégager les caractéristiques des modes de fonctionnement et des modalités de travail développés par les professionnels,
- repérer les dysfonctionnements, les contre-attitudes dans les interventions éducatives,
- réfléchir au traitement approprié pour surmonter les obstacles rencontrés.

**"Analyse de la demande,
mise en œuvre du
dispositif d'analyse des
pratiques, séances
d'évaluation"**

Au cours d'une journée d'intervention on prévoit d'abord un temps de travail avec les responsables afin d'échanger sur les derniers événements survenus au sein de l'établissement, puis des travaux de groupes avec les professionnels où l'on traite de situations vécues en fonction de thèmes préalablement choisis par les professionnels, sachant que la journée se terminera par un moment de rencontre entre responsables et professionnels, ces derniers ayant pour tâche de restituer en réunion plé-

nière les principaux aspects du travail réalisés en groupe.

Les axes de travail d'analyse sont de plusieurs ordres : les procédures de travail mises en œuvre, les relations entre professionnels et usagers-bénéficiaires, les relations de travail en équipes de professionnels, les modalités de coopération avec les familles, les modalités de coordina-

tion avec les partenaires institutionnels. On fait donc alterner des séquences de travail en fonction des thèmes programmés qui s'inscrivent dans ces différents registres. Afin de faciliter les élaborations, on pourra donner des indications préalables pour préparer la réflexion (sous la forme d'un questionnaire ou d'un court texte diffusé à l'avance) ou l'introduire par un bref exposé.

Dans les groupes d'analyse des pratiques, la visée du travail est avant tout réflexive, et il ne s'agit pas de décider de transformations à introduire dans les pratiques. Si toutefois de " bonnes idées " émergent, elles seront à reprendre dans le cadre d'instances habilitées à décider. Dans l'espace de parole des groupes d'analyse des pratiques, les seules décisions possibles concernent le processus d'intervention en cours.

Afin d'évaluer le type d'effets obtenus à partir du travail réalisé et de décider de l'opportunité de la poursuite de l'action, on procédera à des bilans réguliers, permettant expression individuelle (par questionnaire) et collective des participants. On sera alors à même, si les participants souhaitent poursuivre, de dégager avec eux les principaux axes du travail à venir tant au niveau des thèmes à explorer que des modalités de travail à mettre en œuvre.

Il reste à présent à contextualiser principes et modalités caractéristiques de ce type de dispositif dans deux établissements accueillant des adultes handicapés.

L'ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS DES ÉTABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES ADULTES HANDICAPÉS

L'intervention se déroule selon des principes comparables dans deux établissements, créés tous les deux au début des années 90⁽⁶⁾, qui présentent toutefois quelques différences.

Le premier établissement est une Maison d'accueil spécialisée (M.A.S.)⁽⁷⁾, qui accueille une quarantaine d'adultes polyhandicapés, hommes et femmes, dans quatre unités de vie (8 en internat et 2 en externat par

(6) Il s'agit donc d'un contexte bien différent de celui dont traite D. Brandebo (1991). Dans cet ouvrage, l'auteur relate les vicissitudes pour restructurer un pavillon accueillant les " arriérés profonds " d'un hôpital psychiatrique (ce que l'on appelait naguère un " service de défectologie ") en une M.A.S, soit la mutation d'une structure du secteur sanitaire au secteur médico-social.

unité). Une dizaine de professionnels (éducateur spécialisé, aide médico-psychologique, aide-soignant) encadre chaque unité de vie ; divers professionnels (psychologue, orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, infirmières...) interviennent de manière plus individualisée auprès des résidants, sachant que le personnel administratif, technique et d'entretien a été réduit afin de permettre un renforcement de "l'encadrement éducatif" des résidants.

Le deuxième établissement est un foyer occupationnel⁽⁸⁾ qui accueille quarante adultes handicapés mentaux, hommes et femmes, dans quatre unités de vie, encadrée chacune par une équipe de 4 à 6 professionnels (éducateur spécialisé, moniteur-éducateur, aide médico-psychologique). Des moniteurs d'atelier (2) et un moniteur sportif animent, en journée, certaines activités des résidants, qui bénéficient par ailleurs d'interventions de la part de professionnels du service para-médical composé d'un psychologue, d'un psychomotricien, d'un psychiatre, tous les trois à temps partiel, et d'une aide-soignante. Le personnel administratif, des services généraux, et de cuisine, est ici plus nombreux.

Les différences tiennent donc essentiellement au type de population accueillie, avec les conséquences qui en résultent quant à la professionnalité des intervenants (représentation plus importante de personnel soignant à la M.A.S.), et à certain choix effectués initialement quant à l'architecture interne et aux modalités d'encadrement des unités de vie. L'intervention concernait au départ l'ensemble du personnel de la M.A.S., mais seulement le personnel encadrant les unités de vie, "l'éducatif de jour" et les membres du service para-médical au foyer occupationnel.

(7) Selon les données du SESI (Service des statistiques, des études et des systèmes d'information du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité), il existait au 1er janvier 1996 249 M.A.S., hébergeant ou accueillant dans la journée 10 093 adultes handicapés, encadrés par 8 700 personnes en équivalent temps plein. Ces établissements accueillent des personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, c'est-à-dire des personnes souffrant soit d'un polyhandicap (déficience mentale grave associée à une déficience motrice importante), soit d'un retard mental profond et sévère, et qui nécessitent l'accompagnement constant d'une tierce personne pour les actes de la vie courante. (documents statistiques n° 281 février 1997).

(8) Au 1er janvier 1996 on dénombrait 831 foyers occupationnels, hébergeant ou accueillant dans la journée 27 000 adultes handicapés, encadrés par 16 250 personnes en équivalent temps plein. Ces établissements accueillent des personnes dont la plupart présentent une atteinte mentale, parfois importante (31% des personnes souffrent d'un retard mental profond et sévère), mais ont suffisamment d'autonomie pour accomplir les actes de la vie courante. (documents statistiques n° 281 février 1997).

Par delà, ces différences, la demande d'intervention des responsables de ces structures s'est révélée à peu près identique. S'agissant d'établissements récemment ouverts, dont le personnel est dans l'ensemble assez jeune et relativement peu formé (de nombreux agents en "*contrat de qualification*", et, pour certaines catégories de professionnels, peu d'expériences avec une population d'adultes handicapés), leurs responsables souhaitaient entretenir une dynamique institutionnelle, soucieux d'éviter l'installation de la routine dont ils redoutaient les répercussions néfastes en ce qui concerne la population accueillie. Ainsi sollicité nous avons proposé la mise en place de groupes d'analyse des pratiques animés par des équipes de 2 ou 3 intervenants. L'intervention se déroule donc dans la M.A.S. depuis six ans à raison de 6 journées par an, depuis seulement deux ans au foyer occupationnel et à raison de trois journées par an.

Dans ces groupes d'analyse des pratiques, qui réunissent les encadrants d'une même unité de vie et quelques autres professionnels de catégories diverses dénommés "*transversaux*" car ayant vocation à intervenir au niveau de l'ensemble de l'établissement⁽⁹⁾, l'importance de la prise de parole pour les professionnels est à situer à trois niveaux : les pathologies des résidants qui ne cessent d'interroger, les interactions entre encadrants et résidants, les relations entre encadrants⁽¹⁰⁾.

LES DIFFICULTÉS DU TRAVAIL LIÉES À LA PATHOLOGIE DES RÉSIDANTS

La nature et les modes de comportement des résidants sont une source d'interrogations constantes pour le personnel encadrant, compte tenu de leurs grandes difficultés de langage et de communication. Bien qu'il s'agisse pour la plupart d'entre eux d'une pathologie figée dans une absence d'évolution (c'est du moins la distinction classiquement opérée entre handicap et maladie mentale), on n'arrive pas toujours à décrypter la signification de telle attitude ou de tel type de conduite,

(9) Ces groupes rassemblent à chaque fois d'une demi-douzaine (Foyer occupationnel) à une douzaine de professionnels (M.A.S.).

(10) Ce dont on peut se rendre compte lorsqu'on établit un inventaire des thèmes traités lors des journées d'intervention : la communication et le travail en équipe, les difficultés rencontrées avec les résidants, la mort dans l'institution, le travail avec les familles, handicap et sexualité, la violence dans l'institution, le vieillissement, lutter contre l'usure professionnelle, les rituels des résidants, les différentes réunions et l'amélioration de la communication, statuts rôles et fonctions du personnel encadrant, etc..

d'autant que leur expression peut varier en fonction des circonstances, de la configuration de l'entourage... . On s'interroge pour savoir si les manifestations correspondent à l'expression de souffrance ou de plaisir, tant la lecture n'en est pas évidente pour tout le monde. Des désaccords peuvent d'ailleurs surgir quant à l'interprétation donnée... Mais l'une des inquiétudes, parmi les plus importantes, résulte sans doute de l'incompréhension que l'on peut avoir des comportements d'un résidant que l'on côtoie depuis un moment. Parfois les "*spécialistes*" ("*psys*" et médecins avant tout) ont été consultés et n'ont pu apporter un éclairage vraiment satisfaisant, compte tenu de l'opacité du cas.

Echanger les regards que l'on porte sur les résidants paraît donc tout à fait essentiel, d'autant qu'à l'incompréhension, et au sentiment d'impuissance qui en résulte souvent (par exemple, incapacité à soulager un résidant qui souffre en se livrant à des conduites d'automutilation), s'ajoutent parfois la lassitude et/ou l'exaspération face à certaines manifestations répétitives. Celles-ci s'inscrivent dans plusieurs registres : réclamer plusieurs fois de suite un objet, de la nourriture, l'heure, ses parents... autant de gémissements et de plaintes qu'on a du mal à endurer ; mais ce peut être beaucoup plus dérangeant lorsque certains résidants se souillent constamment ou improvisent avec leurs excréments quelques fresques murales dans leur chambre. Face à des conduites parfois interprétées comme agressives, comment ne pas être animé de ressentiments, et éviter quelque accès de violence à l'encontre des résidants ? Mais ce peut-être aussi du dégoût éprouvé quant à la façon dont certains résidants s'alimentent, ou encore de la gêne lorsque certaines manifestations de résidants très connotées sexuellement se répètent. Echanger avec les collègues, pouvoir avouer ses répulsions, ses frayeurs, dans un espace de parole où l'on ne craint pas d'être jugé incite à plus de solidarité, et à comprendre qu'à certains moments il est préférable de "*prendre le relais*" d'un collègue.

Pour des professionnels, dans l'ensemble assez jeunes et récemment formés, l'intervention auprès d'adultes handicapés ne va pas de soi compte tenu des caractéristiques de cette population. Un décalage se fait jour entre l'accompagnement des résidants au quotidien et la formation professionnelle initiale dispensée, où l'on est davantage centré sur les enfants, l'action pouvant être évaluée à partir des progrès réalisés par les usagers et prenant le plus souvent fin avec la sortie de l'établissement. Or, lorsqu'un pensionnaire entre dans l'établissement (entre 18 et 60 ans), c'est le plus souvent pour y rester jusqu'à sa mort. Voilà un des aspects de la vie institutionnelle auquel on estime ne pas avoir été vraiment préparé, alors qu'on a été sensibilisé par ailleurs à la nécessité de l'élaboration de "*projets individualisés*". Le décès d'un résidant sera donc le plus fréquemment ressenti sur le mode de la culpabilité ; lorsqu'il s'agit d'un décès subit (crise d'épilepsie par exemple) on

se reproche de ne pas avoir été suffisamment attentif, et lorsque celui-ci apparaît prévisible dans un avenir proche, compte tenu de l'évolution observable, c'est un sentiment d'impuissance qui nous envahit.

Mais, autre difficulté à laquelle les professionnels sont confrontés, c'est le vieillissement des résidants. Ce type de donnée a de quoi déstabiliser un professionnel (surtout s'il est jeune et qu'il s'avoue décontenancé par certains résidants qui ont l'âge de ses parents) dont l'une des valeurs fondamentales est la recherche d'autonomie des personnes accompagnées. Difficile dans ces conditions de se satisfaire de modes de stimulation qui visent avant tout à limiter les " régressions ", à freiner la perte d'acquis, alors qu'on aimerait davantage être attentif aux progrès des personnes dans les différents domaines de la socialisation. Comment doser les efforts demandés aux adultes handicapés, notamment pour les activités sportives ou d'atelier (notamment en foyer occupationnel), et les sorties à l'extérieur ? afin d'œuvrer au dépassement des limites à l'intégration des adultes handicapés. Autant d'interrogations qui témoignent que l'accompagnement des résidants ne saurait se limiter à un registre purement opératoire, notamment pour tout ce qui concerne la prise en charge au quotidien (lever, repas, toilette...), et par là même d'une certaine complexité au niveau des relations entre encadrants et résidants.

**"C'est un sentiment
d'impuissance
qui nous envahit"**

DES RELATIONS COMPLEXES ENTRE ENCADRANTS ET RÉSIDANTS

Dans les groupes d'analyse des pratiques, la prise de parole s'exerce à propos des résidants et de leurs conduites questionnantes, mais aussi quant à la nature des relations qui se nouent entre encadrants et résidants. Dire qu'on ne comprend pas la conduite de tel résidant, ou exprimer son aversion ou ses craintes vis-à-vis de tel autre n'est jamais facile compte tenu des jugements éventuels de la part des collègues de l'équipe. Les milieux professionnels adoptent en général des normes collectives selon lesquelles un professionnel se doit d'assumer. Montrer qu'on est " blindé " semble constituer le signe d'une forte capacité professionnelle. Il n'est pas facile, lorsqu'on débute, de montrer qu'on peut tenir, quitte à dissimuler ses accès de faiblesse.

Mais le fait d'échanger, de faire part de ce que l'on ressent vis-à-vis des résidants permet aussi de se rendre compte que, par rapport à un résidant donné, les sentiments que l'on éprouve à son égard sont partagés par d'autres ou, au contraire, différent radicalement. Travaillant en

petites équipes (en duo ou en trio) au niveau d'une même unité, on peut alors être surpris de constater que certains comportements de résidants se révèlent parfois très différents selon la configuration de la petite équipe présente. Des "relations privilégiées" entre résidants et entre résidants et encadrants peuvent être ainsi repérées par l'ensemble des encadrants d'une même unité ; mais on pourra découvrir aussi que c'est plutôt vers la lingère ou vers le kinésithérapeute que tel résidant, recherchant leur compagnie, semble se diriger plus spontanément. On se rend compte alors qu'exprimer des désaccords au niveau des modalités de prise en charge des résidants n'est peut-être pas si aisé mais que cette expression constitue un préalable à la recherche d'ajustements.

Les manifestations de lassitude, d'exaspération de certains encadrants, ne sont souvent pas partagées par d'autres collègues qui témoignent au contraire d'attitudes de respect à l'égard des résidants. Ne serait-ce d'abord qu'au regard de l'âge de certains résidants : des encadrants n'hésitent pas à souligner qu'ils se montrent parfois quelque peu intimidés lorsqu'ils ont à faire avec des résidants parfois plus âgés que leurs propres parents. Par ailleurs, des désaccords surviennent assez

"La circulation de la parole permet ainsi de traiter et dépasser certaines formes de négligence institutionnelle susceptibles de se développer"

souvent à propos des toilettes et il n'est pas rare que ce soit le personnel féminin qui s'insurge contre l'absence d'intimité durant le déroulement des toilettes, même si les locaux se révèlent en l'occurrence plus ou moins adaptés⁽¹¹⁾. Autre marque de respect vis-à-vis des résidants, le fait d'éviter de les infantiliser, par exemple en employant des diminutifs pour les nommer ou les appeler. La circulation de la parole permet ainsi de traiter et de dépasser certaines formes de négligence institutionnelle susceptibles de se développer.

A contrario, c'est parfois un sentiment de culpabilité qui peut être partagée par les membres d'une équipe, lorsque devant des comportements agressifs on ne voit pas d'autre solution que solliciter l'infirmière pour que le médecin "augmente la dose", ce qui contribue à "assommer" le résidant. C'est également le cas lorsqu'on s'estime contraint

d'envoyer un résidant en "séjour de rupture" à l'hôpital psychiatrique voisin, lorsque ses manifestations de violence ou d'agressivité ne peuvent plus être contenues (sentiment d'échec quant au projet et au mode

(11) Mais rien n'est aisé : dans un groupe d'analyse des pratiques un participant précisait qu'il laissait à dessein ouverte la porte de la salle de bains lors des toilettes de résidants afin de couper court à toute suspicion de maltraitance ou d'abus sexuels.

de prise en charge) ; ou lorsqu'on constate le décès d'un résidant, qu'il s'agisse d'un sujet assez jeune, qu'il soit brutal, loin du foyer en transfert, ou au contraire prévisible compte tenu de l'âge du résidant du déclin progressif de ses capacités dont on a pu prendre la mesure au fil des jours.

Même si dans l'ensemble les professionnels ont une bonne image du travail réalisé dans leur institution, non pas qu'ils cèdent facilement à un sentiment d'autosatisfaction puisque des perspectives d'amélioration sont toujours assez systématiquement évoquées, cette évaluation positive assez généralement partagée quant à la qualité du travail réalisé s'accompagne en contrepartie d'expressions de culpabilité assez fréquentes dès qu'à une occasion on estime "*qu'on n'a pas été à la hauteur*".

UN EFFORT CONSTANT D'AJUSTEMENT ENTRE ENCADRANTS

Travailler dans une organisation dont la visée est avant tout de socialisation, qui plus est avec des adultes handicapés dont les comportements apparaissent souvent déconcertants, ne va assurément pas de soi ; et si les interactions avec les résidants témoignent d'une complexité certaine, le système des relations et des communications entre encadrants ne va pas non plus sans soulever son lot de questions. Celles de la différenciation des rôles et fonctions paraît fondamentale dans toute communauté éducative, d'autant qu'y cohabitent différentes catégories de professionnels aux statuts diversifiés. Dans les établissements accueillant des adultes handicapés le repérage des territoires, des appartenances et des identités professionnelles, apparaîtra donc comme un type de questionnement récurrent.

Quel type d'activités est valorisé ? à partir de cette question on aura parfois tendance à opposer les actes de prise en charge au quotidien (lever, repas toilettes, coucher...), souvent répétitifs, et les activités sportives, d'atelier ou de loisir, surtout si ceux qui les encadrent le font en vertu de compétences reconnues ou d'une qualification sportive ou technique. Autre qualité souvent considérée comme distinctive, le fait d'encadrer des groupes spécialement constitués pour l'activité en question et dont les résidants proviennent d'unités différentes.

Les différences relatives aux modalités de travail entre "*transversaux*" et membres des unités de vie sont également interrogées puisque les premiers interviennent périodiquement auprès des résidants de façon individualisée la plupart du temps, alors que pour les seconds il s'agit d'un mode de prise en charge inscrit dans la continuité et qui, tout en

tenant compte des particularités de chaque résidant, les resitue au sein du groupe dont ils font partie, groupe de vie ou groupe d'activité. C'est d'ailleurs essentiellement du fait de l'intervention des "transversaux" que des débats peuvent périodiquement être suscités à propos de la finalité sociale ou médicale des établissements, bien que sur ce point les textes réglementaires soient des plus clairs alors que les modes de financement peuvent contribuer à entretenir certaines ambiguïtés. Il n'empêche : se vit-on plutôt comme "soignant" ou comme "éducateur" ? voilà bien une question récurrente, qui ne se pose d'ailleurs pas exactement dans les mêmes termes dans les deux établissements.

Mais au delà de la répartition des tâches au sein des différentes équipes et de leur appartenance aux sphères médicale ou éducative, c'est la division du travail référée aux différences statutaires entre agents qui questionne. Alors que le mode d'intervention des "transversaux" et leur qualification professionnelle (psychologue, infirmier, rééducateur...) est assez bien repéré, cela semble être moins le cas pour les membres des unités de vie qui interrogent notamment la place de l'éducateur spécialisé au sein de chacune d'entre elles. Les équipes d'unités de vie comprennent en effet des professionnels aux statuts diversifiés : éducateur spécialisé, aide médico-psychologique, aide-soignant à

"C'est la division du travail référée aux différences statutaires entre agents qui questionne"

la M.A.S., éducateur spécialisé, moniteur-éducateur, aide médico-psychologique, au foyer occupationnel. "On est tous pareil !", "On fait tous pareil !", "On met tous la main à la pâte !" ... Autant d'expressions entendues dans les différents groupes montrant que les interrogations portent bien sur la question de la différenciation entre agents.

Si, dans l'exercice des activités à la M.A.S., on ne repère pas de différence entre AMP et Aide-soignant et qu'on reconnaît une certaine polyvalence, par contre on convient de la fonction d'animation et de coordination de l'éducateur spécialisé (ce que marque leur réunion mensuelle avec "la direction") au sein de chaque unité, sans pour autant que l'exercice de cette fonction traduise un statut hiérarchique de l'éducateur spécialisé. Bien qu'ils

n'aient pas non plus de rôle hiérarchique dans chaque unité de vie du foyer occupationnel, les éducateurs sont néanmoins censés les animer et ont en quelque sorte un statut de "réfèrent d'équipe"⁽¹²⁾, compte tenu de leur certification plus élevée. Bien qu'au sein de chaque établissement les responsables soient clairement identifiés, la place attribuée aux éducateurs montre que le vécu des relations hiérarchiques n'en est pas moins interrogé.

(12) Lorsque les parents ou membres de la famille des adultes handicapés résidant au foyer occupationnel téléphonent, ils demandent à parler au professionnel réfèrent du résidant ou à l'éducateur spécialisé de l'unité.

INTÉRÊT ET LIMITES DU DISPOSITIF D'INTERVENTION

On dispose à présent du recul suffisant, du moins en ce qui concerne l'intervention à la M.A.S., pour appréhender les aspects positifs du type d'intervention poursuivie mais aussi pour en cerner les limites.

Grâce aux groupes d'analyse des pratiques, le processus d'expression et de réflexion instauré conduit à des évolutions significatives, de l'avis même des différentes catégories de professionnels concernés. La prise de parole en groupe sur l'action menée avec ses collègues n'est en effet pas du même ordre qu'un travail de réflexion poursuivi dans un autre contexte de formation ; les membres du personnel qui participent parallèlement à des actions de formation à l'extérieur de l'établissement ne s'y trompent pas et l'expriment très clairement à l'occasion des bilans réalisés périodiquement. Guère étonnant dès lors que dans leur grande majorité les professionnels souhaitent la poursuite d'un dispositif de formation intra-institutionnelle qui facilite l'intégration des "nouveaux" (stagiaires, professionnels en cours de formation initiale, remplaçants, ou professionnels récemment recrutés) qu'ils soient encadrants d'unités ou "transversaux", permet la circulation de la parole et une expression des affects, sans crainte de sanctions ou de réprimandes éventuelles de la part des responsables de l'établissement. Ces derniers participent également au processus, mais de façon différenciée, avec des temps d'expression spécifiques, et des temps de rencontre avec les professionnels, lors de restitutions des travaux de groupes en plénière.

En contribuant à la régulation institutionnelle le dispositif apporte ainsi un soutien tant aux différentes catégories de professionnels dont on valorise les savoir-faire qu'aux responsables qui, du fait de leur position, ne pourraient entendre, en l'absence de médiation, les discours tenus dans les groupes. Mais le dispositif, à lui seul, ne saurait suffire au maintien d'une dynamique institutionnelle, encore faut-il une mobilisation des ressources internes pour la garantir ; et les intervenants veillent à y inciter constamment. Développement d'activités à l'extérieur : les "transferts", bien sûr, qui sont une occasion de rompre avec les habitudes en réaménageant ailleurs et dans une autre inscription temporelle les modalités de la prise en charge quotidienne, mais aussi toutes sortes d'initiatives en partenariat avec des interlocuteurs externes : fêtes, marches, kermesses... en relation avec le tissu associatif local mais aussi parfois avec des interlocuteurs plus inattendus, comme les écoles.

Ouverture sur l'extérieur certes, mais recherche de mouvements en interne également ; et sur ce plan "les outils" légués par la psychothérapie institutionnelle peuvent être utilement convoqués (cf. Chavaroche, 1996) : transformation du dispositif de réunions et des circuits de communication afin de faciliter la circulation de la parole⁽¹³⁾, modification de la composition des équipes afin de casser la routine, mise en place de modes d'accueil différents pour certaines catégories de résidants⁽¹⁴⁾ ... ; de nombreuses initiatives sont possibles. En outre les responsables des établissements ont à veiller à la mobilité du personnel, en n'hésitant pas à faciliter les départs de professionnels en recherche de promotion ou ayant un peu trop tendance à "s'installer", même si, en contrepartie, un temps d'adaptation plus ou moins long est toujours nécessaire pour les agents nouvellement recrutés.

**"Il serait paradoxal
que le dispositif
d'intervention ait
lui-même tendance
à se *chroniciser*"**

Il serait paradoxal qu'en poursuivant une visée d'entretien de la dynamique institutionnelle en établissement le dispositif d'intervention ait lui-même tendance à se "*chroniciser*". Afin d'éviter de tels dérapages, un certain nombre de transformations ont pu être apportées sur la base des bilans périodiques. Outre la modification de la composition de l'équipe d'intervenants et le changement des thèmes programmés à chaque journée d'intervention, plusieurs transformations ont été progressivement introduites. Plutôt que de proposer une préparation individuelle ou collective en adressant un questionnaire

avant chaque journée, celle-ci démarre par un exposé traitant du thème prévu sur un plan assez général, avant de laisser place à l'analyse des situations en rapport avec le thème dans les groupes d'analyse des pratiques. Cet exposé introductif joue un peu le rôle d'un sas, permettant aux professionnels de s'inscrire dans un positionnement réflexif différent de celui qui leur est habituel, ce qui n'a rien d'évident puisque l'analyse des pratiques se déroule au sein des locaux habituels de travail. Pour le traitement de certains thèmes on composera ces groupes

(13) A la M.A.S. les équipes et les professionnels sont sollicités chaque année pour la réalisation d'un écrit collectif. Il n'est pas rare de voir à cette occasion les professionnels se saisir de thèmes, objets de réflexion précédemment traités en groupe d'analyse des pratiques.

(14) Au sein de la M.A.S. une cinquième unité a été ouverte pour l'accueil à la journée de certaines catégories de résidants : en un premier temps ce sont les résidants plus "agités" qui ont bénéficié de cette prise en charge spécifique, puis, après cette expérience, ce sont les résidants quelque peu "oubliés" sur lesquels on s'est centré. Au foyer occupationnel, les moniteurs d'atelier cherchent à moduler le type d'activités proposés aux résidants en fonction de leurs capacités "déclinantes" pour ceux dont le vieillissement s'accroît, évitant ainsi de les exclure.

de façon différente : plutôt que de rassembler les membres encadrant d'une même unité de vie et de leur adjoindre des transversaux, on leur proposera de se répartir dans les différents groupes, ce qui leur permettra d'échanger sur leurs pratiques respectives d'équipes plutôt que de rester centrés uniquement sur les problèmes de celle à laquelle ils appartiennent⁽¹⁵⁾. A l'inverse, pour permettre des échanges plus approfondis au sein de chaque équipe, on traitera d'un thème en groupes d'analyse des pratiques toute une journée plutôt que sur une plage de temps d'une demi-journée.

Comme on le voit, lutter contre l'usure professionnelle en contribuant au développement d'une dynamique institutionnelle au sein d'organisations résidentielles, suppose qu'on aménage des modalités d'un travail d'élucidation qui échappent également aux aspects répétitifs qu'on se propose précisément d'éviter.

(15) Depuis 2 ans le personnel des services d'entretien ne participe pratiquement plus aux groupes d'analyse des pratiques. C'est sans doute l'effet d'une certaine lassitude liée en partie aussi à la composition de ces groupes d'analyse des pratiques. Dans la mesure où les encadrants d'une même unité de vie s'y retrouvent majoritaires, ce sont leurs préoccupations d'équipe autour desquelles les débats ont tendance à se focaliser. S'estimant moins concerné par ces discussions le personnel des services d'entretien

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Blanchard-Laville C., Fablet D. (Coord.), (1996), *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan.

Blanchard-Laville C., Fablet D. (Coord.), (1998), *Analyser les pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan.

Brandeho D. (1991), *Usure dans l'institution. La prise en charge de psychotiques déficitaires dans une MAS*, Paris, Editions ENSP.

Chavaroche P. (1996), *Equipes éducatives et soignantes en maison d'accueil spécialisée*, Paris, Matrice.

Dejours C. (1980), *Travail usure mentale*, Paris, Le Centurion. (nouvelle édition 1993, Bayard éditions).

Dejours C. (1998), *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.

Lambert J.L. (1991), *Le personnel éducatif face au handicap mental*, Fribourg, DelVal.

Fraisse J., Bonetti M., de Gaulejac V. (1987), *L'évaluation dynamique des organisations publiques*, Paris, Les éditions d'organisation.

Goffman E. (1968), *Asiles*, Paris, Minuit

Pezet V., Villatte R., Logeay P. (1993), *De l'usure à l'identité professionnelle. Le burn-out des travailleurs sociaux*, Paris, T.S.A. éditions.