deboeck SUPÉRIEUR

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

SUBVERTIR LES DISPOSITIFS D'ÉVALUATION DES INSTITUTIONS MÉDICOSOCIALES : APPROCHE CLINIQUE ET ANTHROPOLOGIQUE

Sébastien Ponnou, Maryan Lemoine

De Boeck Supérieur | « Pensée plurielle »

2021/1 n° 53 | pages 53 à 75

ISSN 1376-0963
ISBN 9782807394711
DOI 10.3917/pp.053.0053

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2021-1-page-53.htm

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.
© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

Subvertir les dispositifs d'évaluation des institutions médicosociales : approche clinique et anthropologique

Sébastien PONNOU, Maryan LEMOINE

Résumé : Les démarches d'évaluation des institutions médicosociales sont souvent vécues de manière intrusive par les équipes qui dénoncent l'incapacité de ces dispositifs à rendre compte des véritables enjeux des pratiques professionnelles. Face à ces écueils, nous avons développé et conduit deux évaluations internes fondées à la manière d'une recherche-intervention d'orientation clinique et ethno-anthropologique, au sein d'une institution regroupant un Foyer Occupationnel (FO) et un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) accueillant des personnes en situation de handicap et de dépendance. Chacun de ces dispositifs était centré sur la recherche de la connaissance partagée du sens des pratiques et de la spécificité des enjeux institutionnels, afin de produire un travail d'auto-évaluation tout en contribuant à la formation des professionnels.
L'objectif de cet article est de présenter et de discuter les résultats, ainsi que les enjeux méthodologiques et conceptuels de ces démarches afin de porter contribution à l'élaboration d'une pratique de co-formation et d'évaluation alternative aux approches standardisées et managériales des établissements médicosociaux. En substituant aux démarches normatives d'évaluation des méthodes de recherche susceptibles de conjoindre approche scientifique, incertitude et enjeux cliniques qui font la spécificité des établissements médicosociaux, le dispositif soutient de manière inédite la participation des résidents et des professionnels aux pratiques d'évaluation. L'expérience valide également la pertinence et la fécondité d'un partenariat terrain/université qui mériterait sans doute d'être plus largement déployé.

Mots clés *: clinique, collectif chercheur, évaluation, participation*

Abstract : The evaluation processes of medico-social institutions are often experienced as intrusive by the practicioners who denounce their inability to

DOI: 10.3917/pp.053.0053

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

account for the real professional issues. Faced with these pitfalls, we developed and conducted two internal evaluations based on a clinical and ethno-anthropological research-intervention approach, within an etablishment grouping together three institutions for people with disabilities and dependencies. Each of these systems was focused on the search for shared knowledge of the meaning of practices and the specificity of institutional issues, in order to produce a self-evaluation work while contributing to the training of professionals.
The objective of this article is to present and discuss the results, the methodological and conceptual issues of these approaches in order to contribute to the development of a practice of co-training and evaluation as an alternative to the standardized and managerial approaches of medico-social institutions. By replacing normative evaluation approaches with research methods that combine a scientific approach with the uncertainty and clinical issues that are specific to medico-social establishments, the system supports the participation of residents and professionals in evaluation practices in a new way. The experience also validates the relevance of a field/university partnership that would undoubtedly deserve to be more widely deployed.

Keywords*: clinical, collective researcher, evaluation, participation*

I. Introduction

L'évaluation des institutions médicosociales s'est déployée en France dans la continuité de la loi du 2 janvier 2002 prévoyant l'évaluation continue de la qualité des pratiques professionnelles et des services rendus aux personnes bénéficiaires de l'action sociale (loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale, www.legifrance.gouv.fr). Les critères présidant à ces dispositifs d'évaluation ont d'abord été définis par l'Agence Nationale de l'Évaluation de la qualité des établissements Sociaux et Médicosociaux (ANESM, 2009 ; ANESM, 2012). Ces missions ont ensuite été intégrées aux fonctions de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2018. Ces démarches d'évaluation sont souvent vécues de manière intrusive par les équipes qui dénoncent tantôt le caractère hors-sol des mises en œuvre de la commande, en d'autres occasions leur dimension chronophage ou normative, enfin leur incapacité à rendre compte des véritables enjeux des pratiques professionnelles. Face à ces écueils, des praticiens et des chercheurs ont développé des approches alternatives aux préconisations méthodologiques de la HAS dans le but de construire des dispositifs d'évaluation susceptibles de prendre en compte et d'analyser les problématiques spécifiques des publics, des professionnels et des institutions du secteur (Bouquet, Jaeger et Sainsaulieu, 2007 ; Fablet, 2002 ; Fablet, 2011 ; Lodéon, 2017).

Partant de ces références épistémologiques, nous avons conduit deux évaluations internes fondées à la manière d'une recherche-intervention (Merini et Ponté, 2008) au sein d'une institution regroupant un Foyer Occupationnel (FO) et un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) accueillant des personnes en situation de handicap et de dépendance. Chacun de ces

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

dispositifs était centré sur la recherche de la connaissance partagée du sens des pratiques et de la spécificité des enjeux institutionnels, afin de produire un travail d'auto-évaluation tout en contribuant à la formation des professionnels.

L'objectif de cet article est de présenter et de discuter les enjeux méthodologiques et conceptuels de ces démarches afin de porter contribution à l'élaboration d'une pratique de co-formation et d'évaluation alternative aux approches standardisées et managériales actuellement en cours dans les établissements médicosociaux (Gaulejac, 2020).

II. Méthodes

A. Le terrain

Notre terrain d'enquête est un établissement né en 2014 de la fusion d'un EHPAD, d'un FO et d'un FAM liés par : 1) Une population commune composée de personnes en situation de handicap mental avec ou sans troubles psychiatriques et/ou physiques associés, et une spécificité d'accompagnement auprès d'un public vieillissant en situation de handicap. 2) Une culture professionnelle fondée sur l'attachement au service public, la mutualisation des savoir-faire et un échange de compétences entre les sphères éducatives, sociales et sanitaires. 3) Une imbrication foncière en milieu rural favorisant l'émergence du concept de « hameau sanitaire et social ». Les dispositifs d'évaluation interne ont plus particulièrement été réalisés sur le FO (62 résidents) et le FAM (16 résidents)

B. Principes méthodologiques

Le dispositif d'évaluation interne visait d'abord l'enrôlement et l'implication des acteurs de l'institution. Pour y parvenir, nous avons pris le parti de créer des conditions de confiance par une présence constante et le déploiement d'espaces/d'instances de parole et de travail partagés, susceptibles d'enrichir les démarches et réflexions de chacun. Tous les sujets ont pu y être abordés, les questions posées, les scenarii et leurs options discutés. Ces instances visaient non seulement à architecturer l'ensemble de la démarche, mais elles ont également agi pour intercéder, négocier et construire une compréhension partagée des connaissances émergentes et des enjeux. Il s'agissait ainsi de réguler, de faire des choix, d'étudier les questions vives pointées par les acteurs de terrain. Ces instances ont ainsi fonctionné comme des espaces-temps de travail, de restitution, de discussion et d'approfondissement, mais aussi comme des instances d'enculturation et d'enrôlement pour les acteurs « pilotes » actuels et à venir, lesquels ont été invités à se saisir de la démarche et à travailler à en intégrer les apports dans le projet d'établissement. L'organisation du dispositif sous-tendant l'ensemble de la démarche visait donc à rendre possible, à nourrir et à entretenir une prise de distance nécessaire à toute démarche de réflexion sur les actions menées et leur évolution. Ici, les apports, les restitutions

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

progressives des chercheurs, relevant des points de leur enquête, ont nourri la réflexion collective d'éclairages scientifiques et permis une distanciation utile pour guider la prise de décision. Par exemple, c'est durant ces temps que des questionnements soulevés et/ou identifiés individuellement ont été soumis à une capacité collective pour analyser les situations et affiner la compréhension des ressources et limites des collectifs pluridisciplinaires au travail. Par les allers et venues entre les terrains et les instances d'une part, et les activités du quotidien d'autre part, l'idée était de permettre aux différents acteurs en présence de participer à ce travail d'évaluation, mais aussi à une démarche de co-auto-formation. La démarche d'évaluation interne s'inscrit ici comme le creuset d'un « collectif chercheur » très en lien avec les préoccupations et les besoins du terrain. Cette organisation visait non seulement à planifier la démarche et à créer les conditions de son développement, mais elle a aussi et peut-être surtout eu pour capacité d'autoriser les uns et les autres à se saisir de manière concertée et accompagnée des questionnements relatifs au bilan et aux évolutions de l'établissement.

Ainsi, l'évaluation interne s'est d'abord adressée aux professionnels du FO et du FAM, mais également aux résidents qui ont été partie prenante du dispositif, en particulier lors du recueil initial de données et des restitutions.

C. Thématiques

Chaque dispositif d'évaluation s'est échelonné sur une période de trois à cinq mois et s'est centré sur six thématiques principales, dégagées d'un commun accord entre les chercheurs et la direction de l'institution en amont de l'intervention. La plupart de ces thématiques reprenaient les enjeux classiques des démarches d'évaluation du secteur : 1) La bientraitance. 2) L'accès au soin. 3) La communication adaptée aux problématiques des résidents, et notamment aux troubles du spectre autistique et pathologies apparentées. 4) Le maintien des liens familiaux. 5) L'ouverture sur l'extérieur. 6) Le projet personnalisé.

Ces thématiques ont été mises au travail pour elles-mêmes, mais elles ont également servi de points d'entrée et d'angles de vue à partir desquels mettre en lumière les pratiques et les enjeux spécifiques à l'institution. Ces entrées thématiques ont ainsi permis, sans viser l'exhaustivité, de produire une « cartographie » de l'institution, de même que des présentations schématisées dynamiques des pratiques et des interactions professionnelles.

D. Phasage du dispositif

Nous avons mobilisé des méthodes de terrain éprouvées en sciences humaines et sociales afin d'observer et de problématiser les pratiques professionnelles, et de permettre aux acteurs de les appréhender selon une démarche réflexive (Altet, 2000 ; Blanchard-Laville et Fablet, 2000). Dans cette perspective, et afin de faciliter une appropriation progressive du dispositif par les professionnels, nous avons structuré l'évaluation selon un phasage précis, de telle sorte que la démarche constitue à la fois un temps d'observation, de réflexion et de transformation des pratiques :

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

Le dispositif d'évaluation s'est articulé autour de cinq phases principales :

Phase 1 – Phase préparatoire et présentation

Cette phase préparatoire visait la présentation de la démarche d'évaluation, sa temporalité, son déroulement et ses méthodes. Il s'agissait d'une phase de rencontre et d'accroche, qui consistait à enrôler les professionnels au sein d'un dispositif dont ils devaient être les principaux acteurs. Cette première phase a été formalisée par un séminaire d'introduction, qui devait permettre la mise en œuvre du calendrier et des modalités de travail.

Phase 2 – Recueil et transmission des données

Cette phase de recueil de données a abouti à la constitution des corpus et du matériel susceptible de servir de base de discussion aux professionnels selon les thématiques. Pour chaque thématique, le recueil de données s'est appuyé sur cinq types de démarches :

- Présentations cliniques.
- Observations de terrain de type ethno/anthropologique.
- Revue de littérature.
- Entretiens informels.
- Analyse des PSI (Projet de Soin Informatisé).

La place prépondérante des résidents dans le processus d'évaluation était garantie par les multiples modes de recueil de données qui leur ont été consacrés : études de situations cliniques, analyse des PSI, observations de terrain – qui constituent, au regard des problématiques des personnes accueillies au FO et au FAM, un mode de participation à part entière.

L'ensemble des informations ainsi obtenues ont été croisées et synthétisées sous forme de dossiers comportant des hypothèses et des éléments de diagnostic, par thématique. Ces dossiers ont ensuite été remis aux professionnels qui, au cours de la phase 3, ont pu mettre ces éléments au travail individuellement et collectivement, afin de produire les éléments d'analyse, les préconisations et les outils professionnels contribuant au rapport d'évaluation et débouchant sur l'élaboration d'actions et de mesures concrètes susceptibles de concourir à la qualité de l'accueil des résidents.

Phase 3 – Groupes de travail

Les données recueillies lors de la phase 2, problématisées et transmises aux professionnels, ont fait l'objet d'un processus réflexif d'élaboration à travers la constitution de groupes de travail, par thématique. Dans la mesure où cette phase visait l'appropriation des observations initiales et la mise au travail des professionnels, il nous semblait souhaitable que ceux-ci puissent choisir le ou les groupes de travail auxquels ils souhaitaient contribuer, dans la limite des possibilités du service et d'un équilibre relatif entre les thématiques.

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

Chaque groupe de travail avait pour fonction, à travers une approche réflexive et problématisée des données et des thématiques, de produire des hypothèses ou des propositions de pratiques professionnelles susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité du service. Au-delà de ces propositions et des observations qui ont pu se faire jour dans ces échanges, une prise de note systématique a été réalisée de manière à saisir les modes de production d'un savoir professionnel sur les pratiques déployées, les enjeux formels et informels traversant les modes de co-construction d'une pratique professionnelle, d'une clinique et d'une culture institutionnelle.

Phase 4 – Entretiens d'approfondissement

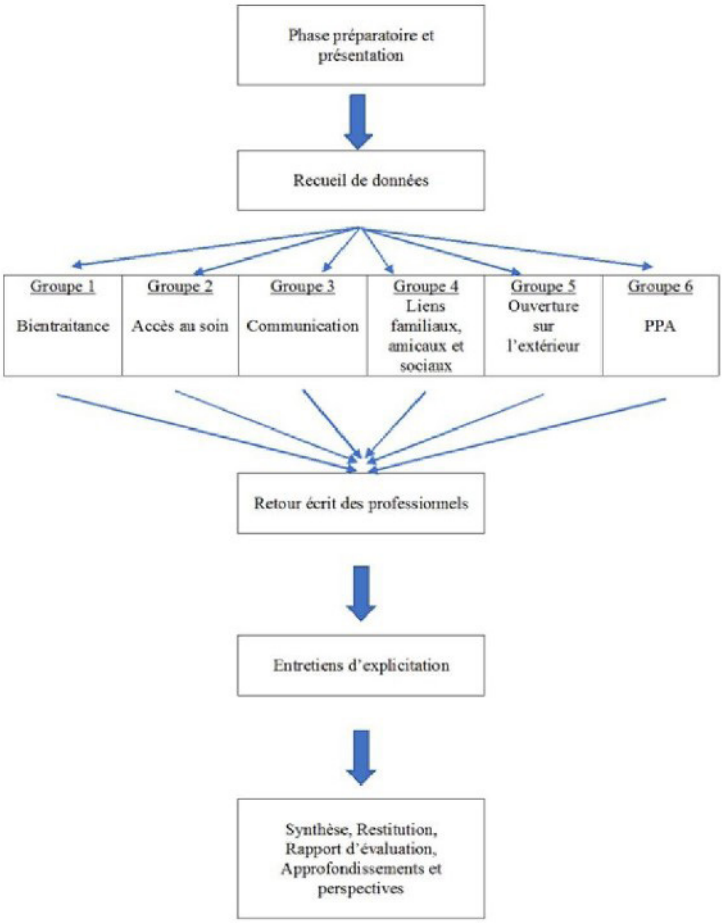
À l'issue de la troisième phase, lorsque nous avons disposé des retours écrits des propositions et des hypothèses de travail pour chaque thématique, nous avons procédé à un travail d'explicitation *via* des entretiens individuels semi-directifs menés auprès de chaque professionnel investi dans l'institution. Ces temps d'entretiens ont permis d'approfondir les démarches engagées par les professionnels, puis de cristalliser les perspectives qui constituent les recommandations mises en exergue dans le dispositif d'évaluation.

Phase 5 – Restitution finale et approfondissements

Cette cinquième phase a été consacrée à la synthèse des éléments de recherche, des discussions et des préconisations mises en œuvre au fil du dispositif, ainsi qu'à la rédaction du rapport d'évaluation et à la restitution de l'ensemble de ces éléments auprès des professionnels, des résidents et de leur famille.

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

Schéma 1 : Déroulement du dispositif d'évaluation



III. Synthèse des résultats

Nous présentons succinctement quelques résultats obtenus au fil de notre démarche. Ces résultats sont présentés par thématique – de manière non exhaustive – et articulent les différentes méthodes/phases mises en œuvre au fil du dispositif.

A. La bientraitance

Le thème de la bientraitance est régulièrement récusé par les professionnels des différents services de l'institution, qui considèrent que la dialogie bientraitance/maltraitance ne permet pas de traduire la complexité des situations et des pratiques qui font leur cœur de métier. Aussi, les

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

professionnels mobilisent volontiers les thèmes de la relation, du choix ou de l'éthique pour traduire le quotidien de leur pratique.

Selon ces perspectives, la prégnance de la relation éducative et soignante dans les pratiques professionnelles est gage de bientraitance. C'est dans la mesure où les professionnels disposent d'une connaissance approfondie des résidents, et dans la mesure où ils s'appuient sur des dynamiques relationnelles solidement ancrées, qu'ils déploient les outils d'accompagnement adaptés à la singularité de chaque situation.

Or ces pratiques de la relation (Ponnou, 2016) – qu'elles s'appuient sur les espaces/temps et les médiations de la vie quotidienne ou qu'elles se fassent jour dans l'épiphanie de la rencontre – impliquent des dispositions et une disponibilité particulière des professionnels : accueillir la singularité de la parole des résidents, leur étrangeté, l'incongruité de leurs demandes, prendre au sérieux les petits riens du quotidien, les maux du corps… Ces pratiques relationnelles se déclinent aussi bien dans leur fonction de subjectivation, de socialisation et d'inclusion, que comme par/angoisse, par/excitation, instance tierce et médiation pourvoyant à l'accueil des paroles, des plaintes ou des demandes des résidents. Elles permettent aussi de réguler les conflits, d'anticiper les ruptures du lien. La relation éducative et soignante soutient les processus d'élaboration et de symbolisation qui peuvent être mis à mal par la pathologie ou le handicap. Déployées dans le cadre d'une pratique à plusieurs (De Halleux, 2010), ces dynamiques relationnelles favorisent incontestablement la continuité de l'accompagnement des résidents.

Sur la dimension du choix : comment choisir pour le résident sans prendre sa place ? Comment introduire cette dimension du choix sans susciter d'angoisse ? Le sens du travail et le travail du sens consistent à traiter/accompagner l'angoisse suscitée par le « risque de choisir » afin de permettre au résident d'accéder à cette dimension du choix. Cette question du choix rend compte des paradoxes à l'œuvre via le syntagme de bientraitance : si, pour certains résidents, la dimension du choix peut être source d'angoisse, choisir pour le résident peut, paradoxalement, s'inscrire dans la logique du travail de soin. Il faudra que l'angoisse soit levée et la dimension de l'énonciation « assumable » pour que vive cette dimension du choix. Selon les professionnels, le travail clinique inhérent à la question du choix se déploie à compter de trois axes : 1) Faire à la place du résident. 2) Faire avec le résident. 3) Laisser faire le résident. L'articulation de ces trois axes permet de répondre aux besoins des résidents et de déjouer les risques de toute-puissance à l'œuvre dans la relation d'aide et les situations de dépendance.

> « Il y a beaucoup de résidents qui ne peuvent pas choisir, y compris pour des choses simples. Pour s'habiller le matin par exemple : ils peuvent rester debout devant l'armoire, figés ou au contraire, envahis par l'angoisse. Ils se balancent, se frottent les mains, le visage… Nous faisons au cas par cas, en fonction des résidents, en fonction des soignants. Moi, je leur dis les habits que je préfère et qui me semblent les plus adaptés. Je sors deux ou trois pantalons, deux ou trois tee-shirts, et j'essaie de faire en sorte que

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

le résident que j'accompagne compose lui-même sa tenue. Pour certains, c'est très simple : ils ont des idées très arrêtées, ils savent ce qu'ils veulent, ils ont leurs tenues préférées, etc. Pour d'autres, c'est une énigme qui se répète chaque matin, un embarras tout autant qu'un vide qui témoigne de leur précarité d'être. »

En lien avec les dimensions du choix, de l'accès à l'autonomie ou de l'émancipation, les professionnels mettent en évidence la nécessité de placer chaque résident en situation de responsabilité et d'expérienciation : dans son quotidien, ses interactions et ses relations aux autres, la construction de son emploi du temps et de ses journées, dans l'organisation des tâches quotidiennes… Si cette dimension parcourt le dispositif et les pratiques institutionnelles, elle se heurte au souci de (sur)protection des résidents, ou de compensation du handicap.

Les paradoxes du choix et de la bientraitance ouvrent sur la mise au travail des représentations des professionnels et la question de l'idéal : au regard des possibilités d'autonomie, d'évolution, et de la situation de dépendance des résidents, les professionnels doivent savoir se départir de leurs idéaux ou de leurs désirs – au risque d'attentes inaccessibles pour le résident. Les professionnels témoignent alors de l'intérêt de mettre au travail la place de leur propre désir et de disposer des espaces de construction et de régulation du sens de leur pratique : réunions cliniques, analyse des pratiques, régulations d'ateliers, etc.

« Notre idéal de soignant, c'est sans doute ce qu'il y a de plus difficile à gérer pour les résidents. Cet idéal est absolument nécessaire pour que nous retournions travailler chaque matin, pour supporter que les choses se répètent, n'avancent pas ou n'évoluent pas favorablement. C'est notre moteur, c'est une condition indispensable pour faire avec le réel que nous renvoient les résidents au quotidien : la maladie, le handicap, la souffrance, la mort... Mais d'un autre point de vue, nous devons sans cesse mettre nos idéaux de côté au risque d'abîmer les résidents avec des demandes qui ne tiendraient pas compte de leur situation, de leurs capacités, et c'est étonnant de les voir s'adapter et composer avec nos demandes. »

B. L'accès au soin

De la même manière, la dimension relationnelle de l'accompagnement constitue l'acte de prendre soin porté par les professionnels auprès de chaque résident. Si ces pratiques s'appuient sur une série de soins réels – soin médical, infirmier, suivi psychologique, kinésithérapie, lever, coucher, repas, toilettes… – elles traversent plus généralement les attentions quotidiennes qui émaillent la vie de l'institution. Cependant, les professionnels mettent régulièrement en balance le soin et le souci de protection avec la question de la liberté, de l'expérienciation et de l'autonomie des résidents : comment protéger sans contraindre, et réciproquement, comment favoriser l'initiative sans risque et sans danger pour les résidents ?

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

Quatre questions particulièrement sensibles cristallisent alors les enjeux du prendre soin : la sexualité, la mort, la médication du comportement des résidents et les paradoxes du soin. Il s'agit certes de thèmes qui traversent de manière plus générale le champ social – mais ils trouvent dans l'institution une résonance telle qu'ils percutent ou mettent à l'épreuve les savoir-faire professionnels.

Tout d'abord la sexualité et l'accompagnement à la sexualité des résidents. L'institution dispose certes des chambres mixtes, mais elles sont occupées par des couples qui entretiennent des relations platoniques. Des groupes de parole dédiés à la question de la sexualité sont également mis en œuvre. Cependant, les professionnels témoignent de leur impuissance face à la souffrance de nombreux résidents : au-delà des discours et des intentions affichées, comment permettre aux résidents de faire des rencontres, comment penser concrètement l'aide humaine nécessaire à l'exercice de leur sexualité, comment les accompagner dans l'expression de leur désir ? À ces questions de fond s'ajoutent des problématiques connexes qui émaillent le quotidien institutionnel : le consentement, la frustration, l'usage de la pornographie…

Sur un autre registre, les professionnels associent souvent la dimension du prendre soin à la question du deuil. Ce phénomène, accentué par le vieillissement progressif de la population des foyers, se décline aussi bien sur le versant du deuil de l'image de soi et de ses capacités que des soins en fin de vie, ou le deuil des parents, des proches, la disparition d'autres résidents… Une fois encore, ce sont la consistance de la relation éducative/thérapeutique et le travail de parole déployé au quotidien auprès des résidents qui font le cœur des pratiques professionnelles :

> « Pour certains, "loin des yeux, loin du cœur". D'autres résidents nous parlent des proches qu'ils ont perdus. Pour appréhender la question du deuil, nous leur en parlons. Certains n'ont pas accès à la parole. C'est à nous de mettre des mots à la place du résident, sur l'absence, pour dire des émotions. Nous les emmenons, s'ils le souhaitent, se recueillir sur les tombes de leurs proches. »

Un troisième point de vigilance concerne les risques de surmédication des patients – notamment lorsque l'usage des traitements psychotropes est destiné à réguler le comportement des résidents : agressivité suite à une frustration de nature sexuelle, augmentation du traitement après des cauchemars… Or ces traitements peuvent induire des effets de sédation importants, dissonants au regard du projet de l'institution ou du projet des résidents : patients somnolents tout au long de la journée, endormissement avant la fin des repas, etc.

Un dernier axe concerne les paradoxes du prendre soin, qui peuvent être condensés par la situation suivante, tandis qu'un aide-soignant s'émeut de la complexité de sa fonction :

> « Je suis soignant, j'ai une formation paramédicale, je ne fume pas et je sais que le tabac est une calamité pour la santé… Pourtant, je roule

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

leurs cigarettes. Je ne peux pas dire non lorsqu'un résident me demande de lui rouler une cigarette parce que lui ne peut pas le faire et qu'il m'adresse une demande et qu'à ce moment-là je suis ses mains. Et que de ne pas le faire, c'est ne pas tenir compte de son handicap, de ses difficultés, de sa demande… Je fais ce qu'il ne peut pas faire, comme pour d'autres au moment des repas ou des toilettes. Je lui en dis quelque chose, je me sers de ce temps comme d'une médiation – pas toujours dans le sens d'une prévention, sinon ce serait insupportable, mais au moins pour savoir comment se passe sa journée, comment il va, etc. Je lui roule ses cigarettes et parfois, ça me rend malade. »

Ainsi les professionnels de l'institution sont-ils tiraillés entre les injonctions relatives au soin et au prendre soin. Ils doivent sans cesse arbitrer entre désirs et raison, habitués à composer entre les demandes des résidents et les attentes familiales, institutionnelles, sociales… Engagés dans une pratique sensible, ils veillent à l'équilibre, à ce que la nécessité du soin, du soutien, de l'institution, n'empiète pas sur la parole, le choix, la demande ou les incertitudes des résidents. Leur savoir-faire relève de l'art, de l'artisanat, d'un effort de composition pour que le souci de l'autre dans l'institution ne vire pas à l'état de domination ou à l'abus de pouvoir (Ricœur, 2015 ; Foucault, 2001).

C. La communication adaptée

L'investissement relationnel des professionnels supplée le déficit de communication des résidents. La relation privilégiée et la bonne connaissance des résidents constituent un facteur incontestable d'adaptation de la communication. En effet, ces difficultés sont compensées par la fréquentation régulière, la connaissance et le lien particulier/privilégié que les professionnels entretiennent avec les résidents. Ainsi, les professionnels font office de médiateurs, de traducteurs et de tiers entre les résidents et leur environnement.

D'un point de vue éthique, les professionnels renversent les problématiques communicationnelles : c'est le professionnel qui n'est pas en situation de comprendre, et non le résident qui est en difficulté pour communiquer. Les résidents parlent… De manière entravée, avec leur corps, leur regard, leurs colères, leurs angoisses : alors, les professionnels œuvrent à traduire ces phénomènes de corps en langage. Dans cette perspective, les mises en œuvre de médiations ou d'outils de communication peuvent s'avérer utiles dans les situations où la parole est douloureuse, pour toucher à l'indicible ou pour les résidents présentant un rapport précaire ou entravé au symbolique. Cependant, il est souhaitable que ces outils de communication ne se substituent pas aux enjeux relationnels et cliniques qui font le cœur des pratiques de compensation des modes de communication des résidents et constituent le matériel et le sel des pratiques professionnelles.

Une autre question concerne le désir de communiquer : au-delà du support, comment favoriser ce désir face à ce qui, dans le parcours ou l'histoire des résidents, peut y faire entrave ? Les professionnels se risquent souvent

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

à susciter l'échange : ils s'appuient alors sur les rituels relationnels mis en place avec chaque résident pour éveiller ce désir, et inventent de multiples outils et techniques pour sortir des impasses de la communication : ateliers de médiation, usage de questions fermées pour confirmer un choix ou une interprétation, recours aux objets réels pour pallier le déficit de symbolisation, associer le geste à la parole, les tableaux d'organisation des activités, le jeu, les médiations, le chuchotement, etc.

D. Maintien des liens familiaux

Le constat des professionnels est unanime : travailler avec le résident implique un travail avec sa famille. Pas de projet de travail pertinent qui n'implique la famille ou l'environnement du résident. Pourtant, le lien entre la famille et les professionnels/l'institution est complexe, potentiellement conflictuel, chargé d'affects ambivalents… En effet, les liens des résidents avec leur famille, et les possibilités d'allers-retours entre la famille et l'institution, ou l'implication de la famille dans l'accompagnement des résidents, semblent un gage de soin et de mieux-être. La triangulation parent/résident/professionnel dynamise les liens au profit du résident. Maintenir le lien et faire place aux familles contribue au soin. Mais au-delà de ces constats et des intentions louables, comment faire face aux situations familiales complexes voire « impossibles », où la nature du lien risque d'abîmer les résidents ou de compromettre les modalités d'accompagnement ? Et sur un autre versant, à quel titre et de quel droit réguler la relation parents/enfant ?

Face à la complexité de ces situations, le lien avec les parents est systématiquement mis au travail en réunion d'équipe. Ces réflexions au long cours permettent de dégager des savoir-faire professionnels spécifiques : 1) Nécessité d'accueillir les parents pour engager le travail avec le résident. 2) Nécessité de tenir une posture médiatrice, de tiers. 3) Pertinence de créer des outils pour accueillir ou entretenir le lien avec les parents : journal du résident, interlocuteurs et/ou lieux dédiés. 4) Prendre relais/appui sur des partenaires (le tuteur par exemple). 5) Anticiper les situations potentiellement problématiques pour y remédier en amont (anticiper la préparation d'un sac pour le week-end par exemple). 6) Dans les cas les plus complexes, les professionnels proposent différentes approches pour trianguler la relation : faire avec les encombrants et les objets qui supportent ou suppléent à la relation, travailler sur l'usage des nouvelles technologies, l'envoi de courrier, la confiance et le rapport adulte/adulte entre les parents et le résident.

Au-delà des dispositifs formels et réglementaires (CVS par exemple), les professionnels évoquent des pratiques de « sas » ou de lieux tiers pour accueillir les familles. En effet, accueillir le discours des parents favorise l'accompagnement des résidents, en particulier dans les situations de lien pathologique. Mais cet accueil au sein même du lieu de vie peut s'avérer intrusif et problématique. L'équipe s'interroge également sur la pertinence de nommer des professionnels « référents » dédiés à ces rencontres avec les familles – pour l'heure, les pratiques à plusieurs sont privilégiées. La

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

création d'un espace de rencontre parents-professionnels interroge les capacités de l'institution à aménager/supprimer des espaces en fonction de la créativité et des projets de l'équipe. Dans le même ordre d'idées, l'institution crée régulièrement des rencontres et des événements qui associent les parents.

Enfin, il semble que le lien avec les familles soit de fait un vecteur vers l'extérieur. La moitié des résidents sortent avec leur famille. La situation est plus complexe dans les cas d'éloignement ou pour les résidents qui ont perdu leurs parents. Il s'agit alors de penser des solutions de relais, de substitution ou de médiation.

E. L'ouverture sur l'extérieur

Les professionnels soutiennent la nécessité d'une ouverture de l'institution sur l'extérieur et son environnement, comme source de bien-être et d'épanouissement des résidents. Ils font état des bénéfices de nombreux dispositifs existants : accompagnement lors de sorties socioculturelles, camps, séjours de rupture, répits, permutations avec d'autres établissements.

Ces dispositifs permettent aux professionnels de nouer d'autres liens, de voir les résidents autrement, de redynamiser les enjeux relationnels et institutionnels :

> « En camps ou en séjours extérieurs, certains résidents se révèlent, ils s'adaptent bien à ces nouveaux contextes. Les camps permettent un rapport différent des professionnels envers les résidents et des résidents vis-à-vis des professionnels. Ces différences sont notamment liées au fait que les professionnels, en camp, ne travaillent pas de la même manière qu'en établissement. Les effets de l'institutionnalisation des résidents et des professionnels s'en trouvent déplacés. Pour certains résidents, les retours sont difficiles, et si cette problématique donne lieu à des aménagements spécifiques, il convient d'interroger encore ce qui fait violence pour un résident de retour dans l'institution. »

Ainsi, l'ouverture vers l'extérieur semble un outil favorable pour briser la routine professionnelle et favoriser le renouvellement des pratiques de travail. En ce sens, cette dimension du lien à l'extérieur est nécessaire aux résidents comme aux professionnels.

Pour autant, cette question n'est pas sans soulever un certain nombre de difficultés : la première concerne les capacités d'investissement des résidents. Pour certains d'entre eux en effet, l'ouverture sur l'extérieur implique une rupture des contenants institutionnels, et potentiellement des contenants psychiques : les éducateurs et les soignants sont alors les seuls garants de la continuité et de l'intégrité de l'accompagnement. Ce trait lié aux problématiques des publics accueillis ajoute à la nécessité de préparation et à la disponibilité des professionnels lors des sorties/activités. En effet, l'investissement des résidents en direction de l'extérieur est supporté par les professionnels : le désir des résidents est tributaire/dépendant du

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

désir des soignants, et c'est l'équipe qui porte l'ensemble des projets mis en œuvre. Il convient de tenir compte de cette constante pour penser plus avant les dynamiques relatives aux liens qui émancipent, qui ouvrent, ainsi qu'aux capacités de l'équipe à faire entrer le social au sein même de l'institution.

Dans cette perspective, les éducateurs travaillent à la mise en œuvre d'objets, de médiations ou d'ateliers au sein même de l'institution – comme étape, préalable et support nécessaire à l'investissement d'activités ou d'espaces extérieurs. Ainsi les professionnels mettent-ils en avant plusieurs propositions de dispositifs d'inclusion : échange de courrier avec une école (sensibilisation au handicap et exercice de la citoyenneté) ou avec des institutions partenaires, prolongé par des temps de rencontre… Ils évoquent également la création d'un journal pour faire valoir les activités des résidents auprès d'une adresse extérieure – la famille ou les tuteurs par exemple.

Par ailleurs, l'institution est composée de différents services et ces possibilités de travail transversales apportent du lien entre les résidents, en même temps qu'elles favorisent l'investissement de différents espaces et, plus globalement, le lien avec d'autres résidents et soignants.

L'équipe interroge également les dynamiques d'orientation et de départ de l'institution – tandis que la structure a potentiellement pour mission d'accompagner les résidents tout au long de leur vie : comment penser des dynamiques de passage, voire l'orientation des résidents hors de l'institution ?

F. Le projet personnalisé

Sur la dimension du projet, les discours des professionnels touchent à deux registres principaux : le premier concerne les paradoxes inhérents à la notion même de projet, le second porte davantage sur la formalisation du projet personnalisé des résidents.

Sur le fond : chaque projet d'accompagnement est unique au sens où les résidents sont toujours considérés de manière singulière, au un par un, et dans la mesure où par ailleurs chaque résident est affecté de manière différente par la maladie et le handicap (Spinoza, 2005). C'est la singularité du résident qui oriente les pratiques professionnelles et la politique institutionnelle (Ponnou et Niewiadomski, 2020). Selon cette perspective, le projet vise à produire du sujet, ce qui implique un certain mode d'être avec le résident – se faire absent en étant présent pour permettre à l'autre d'exister, pour laisser la parole et le désir émerger… Or, dans la plupart des cas, et compte tenu des difficultés des résidents, les projets de vie comme les projets d'activité sont pensés par les professionnels, qui se font secrétaires, interprètes et porte-parole des résidents.

Cette modalité particulière de participation des résidents à leur projet peut s'envisager comme une perspective proche de ce qu'aident à penser Paugam et Heijboer. Quand le premier parle de liens sociaux à la fois « organiques et de citoyenneté » (Paugam, 2008), la seconde, s'appuyant sur ces apports puis continuant de tracer sa propre voie, parle « d'une

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

refondation […] de l'action sociale et médico-sociale [qui] par la participation des usagers échappe à la polarisation Marché/État et se construit dans une troisième voie : à la fois organique et mécanique ». Il nous semble que ces mouvements ouvrent ainsi la perspective d'une « solidarité d'usage » (Heijboer, 2019), dont nous pensons que, par la médiation, l'interprétation ou encore avec le soutien des professionnels, elle permet d'engager une dialectique aussi fructueuse que complexe entre les demandes latentes (ou l'absence de demande) des résidents et le désir des professionnels.

Autrement dit, la particularité des pratiques institutionnelles pointe un fait généralisable même si parfois plus voilé : le désir des professionnels est directement impliqué et impacte jusqu'au cœur du projet personnalisé des résidents. Réciproquement, l'équipe est toujours vigilante à ce que cette dimension du projet ne recèle pas une forme de forçage – compte tenu de l'extrême dépendance des résidents. Ainsi, une part du travail consiste à interroger l'écart entre l'idéal du projet/le projet idéal manifeste dans le discours des soignants d'une part, et la réalité de la situation des résidents, le réel à l'œuvre dans le quotidien institutionnel d'autre part. Il n'y aurait de projet possible que dans cet écart ou la prise en compte de cet écart.

Un paradoxe supplémentaire concerne la possibilité de mise en œuvre du projet, du désir des résidents et des professionnels tout en tenant compte des contraintes organisationnelles. En effet, le projet de chaque résident influe sur les projets d'activité, le projet de service et, *in fine*, le projet institutionnel. Mais la traduction de ces principes n'est pas sans poser certaines difficultés. De manière très pragmatique, il existe une grande disparité dans le niveau d'autonomie des résidents – par exemple entre un résident en fauteuil et un résident autonome dans ses déplacements. Cela implique des différences importantes dans leurs projets personnalisés, mais au-delà dans leur modalité de mise en œuvre respective et dans l'organisation du quotidien. Comment articuler ces disparités pour chacun, mais également dans l'idée d'un collectif ? Comment les professionnels parviennent-ils à gérer/concilier ces différents niveaux d'autonomie et de projet, dans un même espace/temps et avec des moyens non extensibles ? Selon les professionnels, le projet personnalisé peut faire office de levier en faveur de cette articulation – intégrer la dimension du collectif au sein du projet de chaque résident et, réciproquement, adapter l'activité et le collectif aux préoccupations ou à la situation de chaque sujet.

Sur les questions de forme : comment rendre compte des enjeux manifestes dans la clinique à travers la série des outils de communication à l'œuvre dans l'institution : PSI, fiches de vie quotidiennes, cahier de transmission, comptes rendus de réunions, et enfin… projet personnalisé des résidents ? Les contenus de ces différents documents sont souvent factuels et partiels : l'équipe fait valoir qu'il est souvent difficile de formaliser les enjeux cliniques à l'œuvre dans les pratiques et l'institution *via* les procédures et les items types que représentent les projets personnalisés, voire les autres documents institutionnels de type loi 2002 ? Dans cette perspective, l'équipe veille à ce que cette question du projet soit toujours vectrice

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

de sens. Le projet doit rendre compte de la trajectoire du sujet au sein de l'institution et du sens de l'accompagnement.

G. Quelques effets transversaux du dispositif

Au-delà des résultats que nous avons mis en exergue, le dispositif d'évaluation a engendré une dynamique vertueuse qu'il est possible de décliner selon quatre axes : premièrement, les démarches de recherche engagées ont mis en lumière des observations et des données objectives sur les pratiques et les dynamiques institutionnelles. Recueillies et présentées au sein du collectif chercheur, elles ont de fait acquis une forte légitimité auprès des professionnels dans la mesure où elles ont transcrit leurs préoccupations et leurs expériences, des scènes qu'ils ont eux-mêmes décrites et vécues avec « leurs résidents ». La légitimité et la reconnaissance par les professionnels des démarches engagées tiennent donc à l'objectivité des données d'une part, et à leur ancrage sur le terrain d'autre part, loin des modèles théoriques, des cas d'école, des anecdotes ou des références à ce qui se passe dans d'autres établissements.

Deuxièmement, à partir de cette légitimité acquise, le processus d'appropriation des réflexions menées par, pour et avec les professionnels désamorce les stratégies d'évitement ou de déni pour permettre à chacun de se centrer sur les aspects plus profonds et sensibles de sa pratique. Cette prise de risque est rendue possible par les relations de confiance tissées entre les intervenants et les professionnels aux premiers temps de chaque dispositif.

Troisièmement, les méthodes utilisées et les réflexions menées ont ouvert un certain droit à la différence dans les pratiques professionnelles : elles ont permis un espace d'expression et d'écoute, et laissé la possibilité de poser une pratique construite en interne, localisée et contextualisée. Le sens produit à travers les démarches engagées a donné la possibilité de repenser et relativiser les normes et les pratiques, au-delà des référentiels et des standards.

Quatrièmement, le travail sur les données issues de ces différents dispositifs d'intervention-recherche a permis un certain rééquilibrage de la relation professionnel/résident. La parole des résidents a été mise au travail « comptant » : dans cette perspective, ce n'est plus le savoir du professionnel soignant ou de l'éducateur qui sert de porte d'entrée, mais les choix, la position et le discours du résident considéré comme sujet, dans sa globalité, dont il faut favoriser, valoriser la parole.

Le dispositif d'évaluation a ainsi contribué à la co-construction d'une clinique et d'une culture institutionnelle. Il a permis une reconnaissance de la complexité des pratiques, des questionnements et du travail mené par les professionnels, tout en aboutissant à l'élaboration de recommandations assorties d'arguments et de points de vigilance contribuant à un plan d'action sur cinq ans.

En substituant aux démarches normatives d'évaluation des méthodes de recherche susceptibles de conjoindre approche scientifique, incertitude

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

et enjeux cliniques qui font la spécificité des établissements médico-sociaux, le dispositif valide également la pertinence et la fécondité d'un partenariat terrain/université qui mériterait sans doute d'être plus largement déployé (Ponnou, Lemoine *et al*., 2018).

IV. Discussion

A. Le pari de la clinique

C'est dans le quotidien institutionnel, dans les activités ordinaires, les ateliers, les rencontres thérapeutiques ou éducatives courantes que se déploie la parole des résidents et que s'élaborent et s'orientent les pratiques profanes et professionnelles visant l'accueil et la prise en compte de cette parole dans le fonctionnement de l'institution. En ce sens, les professionnels témoignent du souci constant de recevoir ces paroles et d'aider à ce qu'elles s'expriment sous les formes variées qu'autorisent les capacités des résidents et les occasions qui se font jour au quotidien. Ils veillent ainsi en toutes circonstances à accueillir l'expression d'un avis, d'une requête, d'une envie ou toute autre manifestation du désir des résidents. Ils déploient pour ce faire des pratiques cliniques favorisant la mise en œuvre de la participation des résidents au travail de soin et d'éducation, ainsi qu'aux différents projets qui rythment la vie institutionnelle et sociale. Ces pratiques cliniques permettent effectivement : 1) De favoriser l'expression de chaque résident. 2) La prise en compte et l'adaptation des pratiques professionnelles selon cette expression. 3) De structurer l'institution à la manière d'un lieu de vie, modelé selon les souhaits exprimés par les résidents.

Cette prise en compte réelle et effective se déploie à travers une clinique des petits riens du quotidien, entendue comme l'art d'orienter les pratiques et les dispositifs institutionnels à compter de ce que dit et manifeste chaque sujet (Ponnou, 2016 ; Ponnou et Niewiadomski, 2020). La transversalité et la diversité des approches cliniques permettent une appréhension fine des situations rencontrées dans l'institution, tenant compte des subjectivités exprimées, et peuvent ainsi servir d'analyseur aux pratiques déployées par les professionnels.

En ce sens, la clinique a toujours joué un rôle central dans le champ social et médicosocial, de sorte qu'elle constitue, avec le droit, les institutions et le savoir, l'un des pôles fondamentaux et structurants du secteur (Chauvière, 2020). Or cette clinique ne peut se réduire à aucune norme, elle n'est résorbable à aucun standard ni aucune « bonne pratique ». L'essentiel des pratiques de soin, d'éducation ou d'intervention sociale échappe aux modèles classiques d'évaluation promus par la HAS. La clinique met en lumière la complexité des enjeux dans lesquels sont pris les professionnels, sans cesse tiraillés entre leur fonction de protection et d'émancipation, la commande sociale et le désir du sujet, l'organisation institutionnelle et le temps propre à chacun, la collectivité et les singularités… Autant de dimensions que les procédures d'évaluation laissent dans l'ombre.

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

Ainsi, il n'est pas certain de pouvoir concilier les paradigmes de l'évaluation et de la participation, sinon à reconnaître que la participation des professionnels et des résidents ne peut s'engager qu'à compter du matériel quotidien qui fait le cœur de leurs interactions : la clinique. Par voie de conséquence, il s'agit de subvertir sinon de repenser radicalement la pertinence des pratiques standardisées d'évaluation.

B. Contexte du dispositif : une participation sous condition

L'expérience de ces vingt dernières années témoigne du peu d'intérêt des professionnels et des équipes pour une procédure d'évaluation souvent considérée comme un outil de contrôle, de gestion et de réification des pratiques.

> « Lors de la dernière évaluation, les experts ont insisté pour que nous affichions les différentes chartes et règlements sur les murs des foyers. Nous leur avons expliqué que les résidents ne savaient pas lire et que, pour cette raison, il nous semblait plus pertinent de traduire ces documents pour les adapter à leurs modes de compréhension. L'institution est conçue comme le lieu de vie des résidents, et ces derniers sont particulièrement sensibles aux différents supports qui peuvent faire irruption dans leur quotidien : bref, il faut que cela ait un sens pour eux.
>
> Nous avons largement explicité ce point lors de l'évaluation et témoigné des modalités selon lesquelles nous faisions vivre ces dimensions du droit et du règlement, à l'appui de nos propres outils. Néanmoins, l'affichage "brut" de ces documents dans les différents espaces des foyers a figuré parmi les recommandations des experts. Nous avons eu le sentiment de ne pas être entendus ni reconnus dans la complexité de nos pratiques. Car afficher des documents que les résidents ne peuvent pas lire ne les informe pas sur leurs droits… Cela les renvoie seulement de manière blessante au fait qu'ils ne savent pas lire. »

Les équipes soulignent également les paradoxes de la figure de l'évaluateur ou de l'expert, qui, tel *un deus ex machina*, débarque sur la scène institutionnelle pour y produire une série de recommandations applicables aux professionnels qui œuvrent au quotidien et depuis de nombreuses années auprès des résidents avec lesquels ils ont tissé une relation si particulière.

A contrario, le parti pris de notre intervention a été de placer la participation des résidents et des professionnels au cœur de notre démarche. Nous avons pu tenir ce pari grâce à la création d'un partenariat inédit entre l'institution et l'université.

Les conditions de ce partenariat ? Une rencontre entre la direction de l'institution et les enseignants-chercheurs des universités de Rouen et Limoges, et des convictions partagées en termes d'éthique et de pratique – notamment concernant la prise en compte de la parole des résidents dans la structuration des projets et des dispositifs institutionnels. Cette rencontre et cette articulation entre le terrain et l'université se sont faites de manière d'autant plus aisée que les chercheurs sont des professionnels, d'anciens

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

professionnels ou des cliniciens engagés dans les pratiques de terrain. Les conditions de mise en œuvre des dispositifs d'évaluation ont donné lieu à une convention tripartite. Les savoir-faire méthodologiques des chercheurs, les moyens techniques et logistiques déployés par les laboratoires et les universités partenaires, ainsi que l'organisation prévisionnelle de l'évaluation et l'implication au long cours des équipes de recherche garantissaient à la direction de l'institution des conditions d'évaluation interne nettement plus favorables que celles mises en œuvre par des cabinets d'audit ou d'évaluation privés. Réciproquement, l'institution a garanti aux chercheurs le libre usage des démarches, des méthodes et des analyseurs qui leur semblaient les plus pertinents, elle a accompagné et soutenu leur accès au terrain, et aménagé les emplois du temps des professionnels de manière à favoriser les immersions, le déroulement des entretiens d'approfondissement et des restitutions. Par la suite, les évaluations externes ont validé et encouragé la poursuite du travail engagé.

C'est bien la consistance et la mise en cohérence entre l'intention initiale et la réalisation du dispositif d'évaluation par le détour de méthodes de recherche cliniques et ethno-anthropologiques qui a permis la participation des professionnels et des résidents. Du fait de leur présence au long cours dans l'institution, les chercheurs sont devenus des partenaires familiers dont le rôle a essentiellement consisté à soutenir, potentialiser, restituer et co-construire un savoir à l'œuvre dans les pratiques professionnelles : non pas un savoir déjà constitué qu'il s'agissait d'appliquer à la situation institutionnelle… Mais un savoir de la relation, de la rencontre, du cas par cas, du particulier et de l'infiniment singulier, un savoir sur des pratiques qui s'inventent au quotidien et que l'opération d'évaluation a permis de révéler.

C. Évaluation, clinique et ouverture sur les pratiques de démocratie sanitaire en institution

Nous soutenons par ailleurs que cette modalité d'évaluation fait support au déploiement des principes de participation et de « démocratie en acte » au sein de l'institution. Non seulement au sein des instances participatives et représentatives susceptibles de favoriser la prise en compte de la parole des résidents : conseil de la vie sociale, groupes de parole… Mais bien au-delà, dans la mesure où la parole est partout dans l'institution. La dissymétrie des places et des fonctions, les inégalités criantes dans le rapport que chacun entretient à son corps, à ses pensées, à ses capacités d'investir la relation à l'autre et le champ social n'est pas un frein à la circulation et à la prise en compte de cette parole qui fait socle et transversalité dans la diversité des pratiques et des cultures professionnelles. Ça parle. Malgré ou au-delà du handicap, de la maladie, des entraves du corps ou de la communication, ça parle. La relation est parlante, l'institution est parlante. L'institution fait le choix de la parole du résident, par quoi les professionnels inventent les dispositifs de subjectivation qui s'étayent sur le matériel signifiant qui se fait jour dans la relation et dans l'institution. La clinique devient un autre mode de faire institution, particulièrement exigeant puisqu'il s'agit de façonner le commun à partir de la logique propre à la parole de chacun.

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

Le dispositif d'évaluation s'est efforcé de restituer et de faire support à cet effort de démocratie en acte : d'une part, les immersions au long cours ont favorisé la prise en compte de la parole des résidents au sein même du processus d'évaluation. Là encore, le passage par la clinique a été nécessaire à la prise en compte de cette parole entravée, dont les professionnels se sont faits les passeurs, les traducteurs. D'autre part, les professionnels ainsi interpellés par la parole des résidents ont eu le souci de témoigner du sens de leur pratique, d'en réinterroger les fondements, les paradoxes, l'éthique, la complexité et la diversité… Certes, le dispositif d'évaluation a contribué à la mise en réflexion des fonctions et pratiques professionnelles. Mais il a aussi servi des mouvements de décentration et de rééquilibrage de la relation entre les résidents et les soignants. Ainsi, dans le dispositif clinique d'évaluation, les situations particulières des résidents, des professionnels et des chercheurs n'ont pas altéré le commun de la situation : des sujets aux prises avec l'institution, ses règlements, ses logiques, ses acteurs, des attentes ou des objectifs partagés ou contradictoires… De telle sorte que l'institution s'inscrive et résonne comme métaphore ou continuité du contrat social. Il n'y a pas eux et nous – résidents, professionnels, chercheurs, chacune de ces appellations charriant son lot de représentations et de stigmates… Mais des Femmes, des Hommes, citoyens et sujets, embarqués dans la tâche sans cesse renouvelée du vivre-ensemble.

D. Enjeux de formation, perspectives de recherche

Le partenariat tissé entre l'institution et l'université a largement excédé le cadre initial de l'évaluation puisque le pari des équipes consiste également à faire de ce dispositif un temps de formation et un levier pour le déploiement de nouveaux projets et partenariats de recherche.

Un premier aspect concerne la co-formation des professionnels qui sont devenus les co-producteurs d'un savoir issu de leur pratique, mis à l'épreuve des démarches réflexives déployées à travers les différentes étapes et instances en jeu dans le cadre des dispositifs déclinés à la façon d'une recherche-formation (Marcel, 1999). Ce parti pris s'avère d'autant plus pertinent que les professionnels ne sont pas tant à la recherche d'outils théoriques ou méthodologiques qu'ils sont à même de trouver par ailleurs, mais bien d'espaces de mise au travail et de réflexion de leur pratique.

Ces démarches d'évaluation ont par ailleurs donné lieu à de multiples prolongements : participations conjointes des professionnels et des chercheurs à des journées d'études et colloques[1], mise en œuvre d'un projet portant sur le thème de la démocratie sanitaire et financé par l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, enquêtes dédiées aux pratiques de soin et d'accompagnement des personnes dépendantes en temps de pandémie, constitution d'une équipe mixte de recherche… Les montants alloués au

1. Colloque TRESSE 2021, La recherche en travail social et santé dans les sciences de l'éducation. Le travail de la relation, 2021 – https://tresse2020.sciencesconf.org/ ; Congrès ALEC 2021 – https://www.unilim.fr/alec/events/event/iv-congres-international-alec-5-6-et-7-mai-2021/?lang=fr.

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

financement du dispositif d'évaluation, nettement moins élevés que ceux pratiqués par les instituts privés traditionnellement sollicités pour ce type de tâche, ont été investis en faveur de la mise en œuvre d'autres projets de recherche et/ou de publication dédiés aux pratiques cliniques et/ou à la prise en compte de la parole des personnes en situation de handicap – des fonds publics au bénéfice de missions de services publics (évaluation, formation et recherche). De sorte que nos propositions d'interventions constituent à la fois une modalité d'évaluation, de participation, mais également un modèle partenarial et économique vertueux.

V. Conclusion

Il n'est pas certain que les dispositifs d'évaluation tels qu'ils se déploient depuis les années 2000 sous les auspices de l'ANESM puis de la HAS permettent ou favorisent le déploiement de la participation des professionnels, et *a fortiori* des personnes concernées… L'expérience montre que ce serait plutôt le contraire !

Nous leur avons opposé – pour les subvertir – des approches cliniques et anthropologiques de terrain à même de mobiliser les équipes et de relever la complexité des enjeux à l'œuvre dans les pratiques de soin, d'éducation et d'intervention sociale.

Pour autant, nous ne plaidons pas pour une « clinique de l'évaluation ». Certes, la clinique dispose de critères d'évaluation et d'indicateurs qui lui sont propres. Non seulement au cas par cas, mais situation par situation, rencontre après rencontre (Ponnou et Niewiadomski, 2020). Elle excède donc nécessairement la formalisation que requièrent les procédures et les standards de bonnes pratiques, de telle manière qu'elle parvienne à les subvertir – avec rigueur, sérieux et conviction. Aussi, nous ne faisons pas de l'évaluation, nous nous « appuyons contre » les dispositifs d'évaluation pour faire de la clinique. Et nous considérons qu'il y a là un gain inestimable pour les institutions, les professionnels et, *in fine*, les personnes bénéficiaires de l'intervention sociale.

Sébastien PONNOU
Psychanalyste et maître de conférences en sciences de l'éducation à l'Université de Rouen Normandie (IUT d'Évreux – Département Carrières Sociales, Centre Interdisciplinaire de Recherche Normand en Éducation et Formation – CIRNEF, EA 7454). Département Carrières Sociales, IUT d'Évreux, 55 rue Saint-Germain, 27000 Évreux.
sebastien.ponnou-delaffon@univ-rouen.fr

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

Maryan LEMOINE
Maître de conférences en sciences de l'éducation à l'Université de Limoges (FrED – Éducation et diversités en espaces francophones, EA 6311). Département des Sciences de l'Éducation, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, 39E rue Camille Guérin, 87000 Limoges.
maryan.lemoine@unilim.fr

Bibliographie

Altet, M. (2000). L'analyse des pratiques : une démarche de formation professionnalisante ? *Recherche & Formation*, *35*(1), 25-41.

ANESM (2009). La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés. En ligne : www.anesm.sante.gouv.fr, consulté le 20-02-2017.

ANESM (2012). L'évaluation interne et externe : quel bilan ? En ligne : www.anesm.sante.gouv.fr, consulté le 20-02-2017.

Barbier, R. (2003). Le sujet dans la recherche-action. Dans P.-M. Mesnier & P. Missotte (dir.), *recherche-action : une autre manière de chercher, se former, transformer*. Paris : L'Harmattan.

Blanchard-Laville, C. & Fablet, D. (2000). *Analyser les pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan.

Bouquet, B., Jaeger, M., & Sainsaulieu, I. (2007). *Les défis de l'évaluation : en action sociale et médico-sociale.* Paris : Dunod.

Chauvière, M. (2020). Préface. Dans S. Ponnou & C. Niewiadomski (dir.), *Pratiques d'orientation clinique en travail social*. Paris : L'Harmattan.

Copans, J. (2008). *L'enquête et ses méthodes : l'enquête ethnologique de terrain.* Paris : Armand Colin.

Dasen, P.R. (2000). Développement humain et éducation informelle. Dans P.R. Dasen & C. Perregaux (dir.), *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation ?* (pp. 107-123). Bruxelles : DeBoeck Université, coll. « Raisons éducatives ».

De Halleux, B. (dir.) (2010). *« Quelque chose à dire » à l'enfant autiste : pratique à plusieurs à l'Antenne 110.* Paris : Éditions Michèle.

Fablet, D. (2002). Analyser les pratiques professionnelles en situation d'intervention : une démarche participative d'évaluation de l'action éducative : l'évaluation institutionnelle. *La Nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, *20*, 63-73.

Fablet, D. (2011). L'évaluation interne d'un dispositif innovant d'accueil parents-enfants. *Connexions*, *2*, 143-159.

Gaulejac (De) V. (2020). Le travail social à l'épreuve du management public. Dans S. Ponnou & C. Niewiadomski (dir.), *Pratiques d'orientation clinique en travail social*. Paris : L'Harmattan.

Guigue, M. (2005). Les dynamiques de la familiarité dans la recherche. *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, *38*(1).

Heijboer, C. (2019). La participation des usagers au secours des institutions sociales et médico-sociales. Vers un nouvel âge de la Solidarité. *Le Sociographe*, *4*(4), 13-23, https://doi.org/10.3917/graph.068.0050.

Herskovits, M.J. (1967). *Les bases de l'anthropologie culturelle.* Paris : François Maspero.

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)

Lahire, B. (1998). Décrire la réalité sociale ? Place et nature de la description en sociologie. Dans Y. Reuter, *La description : théories, recherches, formation, enseignement.* Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

Laplantine, F. (2005). *La description ethnographique.* Paris : Armand Colin.

Lodéon, B. (2017). Faut-il faire évoluer l'évaluation de l'action sociale ? *Empan*, *108*, 139-144.

Marcel, J.-F. (1999). La démarche de Recherche-Formation : propositions pour un trait d'union entre la recherche et la formation dans le cadre de la formation continue des enseignants. *Recherche & Formation*, *32*(1), 89-100.

Merini, C. & Ponté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, *1*, 77-95.

Paugam, S. (2008). *Le lien social.* Paris : PUF.

Ponnou, S. (2016). *Le travail social à l'épreuve de la clinique psychanalytique*. Paris : L'Harmattan.

Ponnou, S., Lemoine, M., Bartkowiak, N., Fougères, N., & Pala, D. (2018). Récit d'un partenariat institution-université pour produire des connaissances partagées. *Le Sociographe*, *64*(4), I-XII. doi:10.3917/graph.064.0122

Ponnou, S. & Niewiadomski, C. (dir.) (2020). *Pratiques d'orientation clinique en travail social.* Paris : L'Harmattan.

Spinoza, B. (2005). *Éthique.* Paris : Éditions de l'Éclat.

Vermersch, P. (1996). *L'entretien d'explicitation.* Paris : ESF, coll. « Pédagogies ».

© De Boeck Supérieur | Téléchargé le 05/01/2022 sur www.cairn.info via Université de Versailles Saint-Quentin (IP: 109.220.152.85)