
Vendredi 15 mai 2009

**« Proposition d'accompagnement :
l'analyse critique, un savoir faire d'équipe »**

Monsieur Bertrand DUBREUIL
Sociologue
Directeur de PLURIEL formation-recherche

Vous n'êtes pas des théoriciens. Mais vous n'êtes pas non plus des exécutants de la commande sociale. Vous êtes des professionnels de l'interaction d'aide auprès d'adultes avec un handicap. Ce qui vous caractérise, c'est le savoir-faire.

La technicité des professionnels du secteur social et médico-social est de **savoir faire** avec des connaissances théoriques pour les rendre opératoires au regard de la singularité de la situation de chaque personne¹. Je souligne : la singularité de la situation de chaque personne, ce que la commande sociale ne peut pas prendre en compte, car elle a un caractère générique - général - et non singulier.

Tout en considérant que la personne vit dans une société avec ses exigences, votre savoir-faire doit adopter le point de vue de cette personne, dans la spécificité de sa déficience, de sa difficulté ou problématique. La mission qui vous est conférée est certes la mise en oeuvre d'une commande sociale, mais elle consiste aussi à apprécier comment cette commande sociale sert le développement de la personne, son autonomie, son existence, son projet de vie.

C'est la raison d'être de votre technicité. Votre technicité est la médiation qui reformule la définition normée des besoins des adultes avec un handicap en définition clinique, c'est-à-dire *définition en situation pour une personne*.

Cette technicité, ce savoir faire avec des connaissances psychologiques, médicales, psychosociales, etc. vous l'acquerez par votre formation initiale et par la formation continue, mais tout autant ce savoir-faire se forme de façon collective au sein d'une équipe et se transmet aux fil de l'arrivée de nouveaux membres dans cette équipe. Vous ne vous en rendez peut-être pas compte parce que vous en êtes imprégnés, mais il est frappant d'observer à quel point les équipes qui ont entretenu une réflexion clinique, à quel point ces équipes ont acquis une capacité à identifier et dépasser les présupposés moraux ou normatifs pour comprendre plus finement les *bonnes raisons* d'agir des personnes qu'elles accompagnent. Et ces pratiques d'analyse se transmettent sans avoir nécessairement besoin de se dire. Elles constituent un terreau qui s'entretient par la réflexion.

J'émet donc le postulat qu'il y a un savoir-faire collectif propre à l'équipe interdisciplinaire, un savoir-faire que chacun des membres de l'équipe ne détient pas en propre mais que l'équipe alimente par sa dynamique. Et je fais l'hypothèse que la formation de ce savoir-faire - son élaboration - est une condition première de la qualité de l'accompagnement des personnes. Je veux dire par là que l'équipe développe une connaissance de son public qui ne relève pas

¹ Le terme de personne désigne ici l'adulte avec un handicap.

seulement des connaissances homologuées ou des références de bonnes pratiques énoncées par les pouvoirs publics et l'environnement professionnel.

Si l'équipe n'élabore pas ce savoir-faire, si elle ne se reconnaît pas cette capacité, elle se conforme aux cadres théoriques et à la commande sociale. Or les cadres théoriques et la commande sociale ne sont ni contextualisés, ni concrets, ni singuliers.

Les cadres théoriques et la commande sociale ne sont pas contextualisés à une population donnée, à une histoire institutionnelle et des histoires singulières, dans un lieu d'hébergement donné, un contexte socio-économique et culturel local, etc.

Les cadres théoriques et la commande sociale ne sont pas concrets au sens où ils sont émis comme des généralités et non comme un savoir-faire en action, confronté à la réalité de situations effectives.

Les cadres théoriques et la commande sociale ne sont pas singuliers au sens où ils ne prennent pas en compte les *bonnes raisons* d'agir de chaque personne, avec sa personnalité, son histoire, les spécificités de sa déficience, et aussi ses choix de vie.

Je ne dénie pas l'importance des cadres théoriques et de la commande sociale, c'est la formulation d'un savoir et d'une inscription dans un projet de société. Mais votre rôle de professionnels c'est de les approcher de la situation singulière des personnes accompagnées par votre savoir-faire. J'insiste sur le terme approcher. il ne s'agit pas de soumettre l'analyse de la situation de la personne à la justesse de la théorie ou à la valeur de la commande sociale. Il s'agit de les approprier à ce qui est suffisamment bon pour la personne, à ce qui prend sens positif pour elle. C'est précisément votre savoir-faire clinique qui permet d'approcher les cadres théoriques et la commande sociale des besoins de la personne.

Ce savoir-faire se construit en équipe parce qu'il est relatif au contexte dans lequel se développent les pratiques qui en découlent. Je vous propose ici de l'illustrer par une vignette clinique dans un FAM. Mais auparavant je voudrais rappeler l'articulation entre Projet de vie, Plan de compensation et Proposition ou projet d'accompagnement. Car cette articulation vous situe dans votre rôle de professionnel et elle situe donc l'équipe dans sa latitude d'action, c'est-à-dire comme l'instance qui ne fixe pas la projet de vie mais qui élabore les modalités de réalisation du plan de compensation, au jour le jour, de façon évolutive, avec le savoir-faire clinique qu'elle entretient par sa réflexion collective.

Projet de vie, plan personnalisé de compensation, proposition d'accompagnement

Au cours de la préparation de la loi du 11 février 2005, les représentants des personnes handicapées ont contesté l'emploi à leur propos de termes issus de la CIF (Classification internationale du fonctionnement), parce qu'il s'agissait d'un langage technique, d'un langage approprié pour définir la réponse apportée en matière de compensation, mais un langage qui ne devait pas déterminer leurs choix de vie. Ils soutenaient la perspective développée par Amartya Sen concernant la notion de « capacité », à savoir la capacité d'accéder aux bénéfices de l'existence non par ses seuls moyens propres, mais aussi grâce à l'intervention sociale, par la compensation, à l'égal de tous, malgré les limites imposées par le handicap.

Les représentants des personnes handicapées revendiquaient donc la possibilité de déterminer leurs choix de vie, la reconnaissance d'un libre arbitre au même titre que tout un chacun, sans que puissent leur être opposées des restrictions, des précautions particulières, l'argument d'un bien-

être défini par des institutionnels ou des professionnels. Autrement dit, ils revendiquaient leur indépendance (décider pour soi-même), par distinction de l'autonomie (faire par soi-même).

La notion de projet de vie relève donc de la personne et strictement de la personne. Le rôle de la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA), c'est d'apporter la compensation relative au handicap, compensation visant à permettre à la personne de déterminer son existence selon les mêmes droits que tout un chacun. Je précise qu'ici le terme de « droit » ne doit pas être entendu au sens de ce qu'on a la liberté de rechercher ou d'exercer, mais au sens de ce qu'il est possible d'obtenir, d'exercer effectivement. Ainsi le droit au logement n'est pas la liberté d'avoir un logement mais la possibilité rendue effective d'avoir un logement.

Pour soutenir le projet de vie, la CDA élabore donc avec la personne le Plan personnalisé de compensation. Ce plan énonce les moyens spécifiques à la situation de la personne, dans la limite - c'est la raison d'être des barèmes - de ce que la société considère pouvoir consacrer au projet de vie. Telle qu'elle est composée, la CDA représente les pouvoirs publics et la société civile, elle constitue le niveau de la citoyenneté et elle oriente la personne vers l'instance professionnelle susceptible de lui offrir une prestation en faveur de son projet de vie, éventuellement l'établissement spécialisé.

Le troisième niveau, le Contrat de séjour, définit la prestation délivrée par l'établissement pour réaliser le Plan personnalisé de compensation. Les professionnels de l'établissement développent donc une proposition ou un projet d'accompagnement, autrement dit un ensemble de prestations à l'intention de la personne, avec son accord, en faveur de son projet de vie.

Cette hiérarchisation des instances est d'importance car elle situe la place de chacun et notamment de l'équipe interdisciplinaire.

- le projet de vie de la personne,
- le plan de compensation concerté avec elle,
- la proposition d'accompagnement formulée par les professionnels de l'établissement.

Le projet de vie relève de la citoyenneté et non de la clinique. Les établissements sont des organisations médico-sociales sollicitées par la CDA. Ce sont des instances chargées d'articuler les aspirations de la personne et les moyens définis par la société pour lui permettre de développer son projet de vie. La notion de projet recouvre une dynamique et une part d'indétermination et donc de liberté, cette part doit appartenir à la personne et non aux professionnels. Ceux-ci développent une proposition d'accompagnement, une stratégie de compensation au regard du handicap, pour répondre aux besoins de la personne, aux besoins relatifs à son projet de vie.

Autrement dit, l'équipe a la responsabilité de développer et d'entretenir sa qualité d'expertise des besoins de la personne, sa capacité de définition des pratiques professionnelles les plus appropriées à la problématique de cette personne et à son projet de vie.

Méfions nous un peu du terme d'expertise qui pourrait nous gonfler d'importance. Mais nous pouvons tout aussi bien parler de compétence clinique, c'est-à-dire la capacité d'apprécier les besoins singuliers de chaque personne en situation. Cette compétence clinique, elle repose sur la réflexion collective, le savoir-faire de l'équipe interdisciplinaire.

C'est donc la capacité de l'équipe à élaborer des savoir-faire que je soutiens ici, sa capacité à développer des pratiques à partir de connaissances partagées, sa capacité de faire avec des savoirs mis en commun.

Références injonctives

« On nous a dit que... » Voilà une phrase que j'entends parfois au cours des mes interventions en formation dans les foyers pour adultes. Au lieu de dire : « Nous avons observé que les personnes avec lesquelles nous travaillons... » et d'argumenter sur les pratiques qu'elles ont développées en conséquences, ces équipes expliquent leurs conduites d'accompagnement à partir de références générales, souvent abstraites, comme des principes à adopter en toutes circonstances sous peine de mal faire. Elles semblent contraintes par des recommandations externes de bonnes pratiques.

Je cite certaines de ces références, appréhendées comme des injonctions auxquelles se conformer, et que j'appellerai donc ici des références injonctives.

1) La référence injonctive au progrès, opposée au risque d'un accompagnement chronicisant.

Au nom du projet individuel il faudrait susciter des progrès, au moins un effort ou un mieux être. On imagine quelle violence psychique peut recouvrir l'application sans discernement d'une telle référence à des personnes en perte de capacités ou affecté d'un trouble de la personnalité, si on vise à ce qu'elles développent de l'autonomie ou réduisent leurs conduites symptomatiques, notamment compulsives et obsessionnelles.

2) La référence injonctive à une sociabilité minimale, opposée au risque d'isolement des personnes avec une maladie mentale.

Les personnes accompagnées se caractérisent parfois par des pathologies relationnelles qui leur rendent pénibles les temps de vie ensemble ou les interactions individuelles, Les professionnels peuvent se sentir obligés de les solliciter pour qu'elles ne s'isolent pas, de les intégrer systématiquement à des séquences quotidiennes telles que les repas, les activités en petits groupes, les moments conviviaux.

Ainsi, par exemple, une équipe expose la conduite d'un résident qui se salit de façon provocante au cours des repas quand il est attablé avec d'autres résidents, et qui par contre mange proprement, avec un plaisir manifeste, lorsqu'on le laisse seul à une certaine distance et sans le regarder. La bienveillance consiste-t-elle alors à soutenir la sociabilité de la personne ou consiste-t-elle à éviter les situations conflictuelles et à concentrer les sollicitations relationnelles sur des séquences limitées et plus supportables pour la personne ?

3) La référence injonctive à l'individualisation de l'accompagnement, opposée au risque d'uniformisation par le collectif.

Devant les conduites problématiques de résidents avec des pathologies psychiatriques, certaines équipes s'efforcent d'initier des aménagements susceptibles de réduire les conflits, de soulager les frustrations, en cohérence avec la recommandation de personnalisation de la prestation.

Or, ce dont témoignent ces équipes, c'est que ces dispositions produisent des effets durant quelque temps, puis que les comportements problématiques reviennent ou se déplacent. A l'analyse des situations il apparaît que, compte tenu de la lourdeur des pathologies, les recommandations de progrès et de sociabilité auxquelles se conforment les professionnels les conduisent à une disponibilité qui tend malgré eux à la surprotection infantilisante. Au nom de la « bienveillance », ils induisent une forme de dépendance aux manifestations des personnes, ils offrent une présence relationnelle à laquelle les personnes ne sont pas toujours capables de

répondre, parce qu'elles sont trop absorbées par la nécessité de maintenir pour elles-mêmes un équilibre interne. Et la prestation matérielle est dispensée dans un climat tendu parce que les professionnels s'efforcent à une multiplicité d'ajustements individualisés.

Paradoxalement, dans ce type de situations, pour améliorer les conditions de délivrance de la prestation, il faut que les professionnels entament un certain désengagement relationnel, qu'ils développent des interactions duelles moins soutenues et donc moins exigeantes affectivement pour les personnes, qu'ils développent des pratiques appropriées aux pathologies respectives mais sans s'épuiser dans des adaptations individualisées permanentes au détriment des habitudes et rythmes inhérents à la vie en collectivité.

Ces quelques exemples montrent que le professionnalisme ne consiste pas à se conformer à des recommandations générales. Il s'agit de penser les paradoxes de chaque situation pour que les pratiques ne deviennent pas des procédés, autrement dit des actes effectués *a priori*, sans réflexion critique sur le sens qu'ils sont susceptibles de prendre pour la personne concernée. C'est là que se développe votre professionnalisme, dans la capacité non à appliquer des procédés mais à inventer des pratiques appropriées aux situations rencontrées.

Cela implique d'analyser la problématique de la personne non pas d'abord à partir de cadres théoriques ou de références de bonnes pratiques mais en considérant les caractéristiques singulières de sa situation. Lorsque nous analysons une situation à partir d'un cadre théorique, nous tentons de faire correspondre cette situation à la *vérité* de ce cadre théorique. Or la théorie est toujours éloignée de la réalité d'une situation puisque c'est une généralisation de traits communs à une diversité de situations qui comportent également des traits les différenciant les unes des autres. Il ne s'agit donc pas d'expliquer une situation par un cadre théorique mais d'utiliser le cadre théorique pour ce qu'il a de vrai-semblable dans cette situation, autrement dit ce qui est suffisamment proche de cette situation pour contribuer à l'éclairer. De même il ne s'agit pas de déterminer les conduites d'accompagnement à partir de références de bonnes pratiques mais d'utiliser les références pour ce qu'elles sont appropriées aux spécificités de la personne.

Le risque des bonnes pratiques c'est de nous laisser penser que ce sont *a priori* les bonnes solutions, que nous n'avons pas besoin d'inventer une conduite spécifique, qu'elle est toute prête, à notre disposition. Fournir d'emblée une solution à un problème, c'est vouloir le résoudre avant de l'avoir analysé, c'est en ignorer la complexité. Il faut au contraire découvrir la situation dans ses différents aspects, la déplier, autrement dit la déconstruire.

Ainsi, l'analyse d'un problème rencontré dans l'accompagnement d'une personne ne se limite pas à la conduite de cette personne mais doit prendre en compte les conduites réactionnelles des professionnels concernés. Il faut distinguer ces deux aspects pour prendre en compte leur interaction. En les traitant conjointement on risque de les confondre : soit on attribuera entièrement la difficulté rencontrée à la personne, soit on se focalisera sur les pratiques d'accompagnement en projetant de les modifier sans avoir déterminé leur pertinence en fonction d'une compréhension fine de la situation dans sa complexité. Il faut donc analyser les deux termes de l'interaction entre la problématique de la personne et les conduites professionnelles en cours. Et cela suppose de recenser d'abord des informations relatives à ces termes.

Analyse structurelle

Au travers d'un exemple en foyer d'accueil médicalisé, je vais donc illustrer la capacité de l'équipe à analyser une situation-problème et à déterminer des conduites d'accompagnement appropriées à la singularité de la personne

Recherche des caractéristiques de la situation

Valérie est infirme moteur-cérébrale, donc dépendante physiquement, mais elle est d'efficiences intellectuelle normale alors que les autres résidents accusent des déficiences intellectuelles profondes ou des troubles de la relation grave. C'est une personnalité calme, voire effacée, sauf le matin au petit déjeuner. Elle semble alors gagnée par une angoisse qui se traduit par des hurlements, des raideurs corporelles, le rejet de toute sollicitation. Cette conduite a des effets de contagion sur les autres résidents et, paradoxalement, Valérie réclame du calme. Elle exprime également son besoin d'ordre et de protection par des rituels comme la fermeture des volets et des rideaux, le rangement précautionneux de sa chambre, le verrouillage interne de sa salle de bain, etc. Ses crises semblent réactivées par certains événements, comme par exemple, le décès d'un résident voisin de sa chambre, l'arrivée d'une résidente également infirme moteur-cérébrale mais qui dispose d'acquis lui permettant de rentrer le soir dans sa famille et de pratiquer des activités que Valérie n'ose pas aborder.

Les professionnelles émettent diverses hypothèses à propos de ces crises :

- les déplacements nocturnes d'autres résidents qui perturbent son sommeil,
- les cauchemars qui entrecoupent ses nuits,
- les changements de rythme à l'issue de week-ends passés chez ces parents...

Cependant ils pensent que ces éléments ne peuvent être considérés comme la raison première de son angoisse. Dans le doute, ils laissent donc leurs observations en l'état, et ils examinent l'autre versant de l'interaction, à savoir leurs propres conduites d'accompagnement, en se posant d'abord deux questions :

- Existe-il des désaccords entre nous dans les conduites d'accompagnement adoptées à l'égard de Valérie ?
- Avons-nous des représentations divergentes de sa problématique ?

Tous les membres de l'équipe répondent par la négative à ces questions. Ces éléments étant écartés, chacun exprime alors ses sentiments à l'égard de Valérie, son vécu relationnel. Il en ressort qu'elle vit mal sa dépendance physique aux professionnelles et qu'elle s'enferme dans une sorte de conformité à ce qu'on attend d'elle. Les membres de l'équipe divergent par contre sur ce qu'elle fait transparaître de ses sentiments. Pour les uns elle n'exprime rien, elle semble « impersonnelle » pour d'autres elle est très affective. Elle ne suscite pas le même intérêt ou la même pénibilité chez les professionnelles et elle manifeste de son côté des préférences pour certaines de ces professionnelles.

Structure de l'interaction

L'équipe examine ensuite les deux types d'observations rassemblées : conduites de la personne d'un côté, conduites et ressentis des professionnelles de l'autre. Elle en tire deux conclusions :

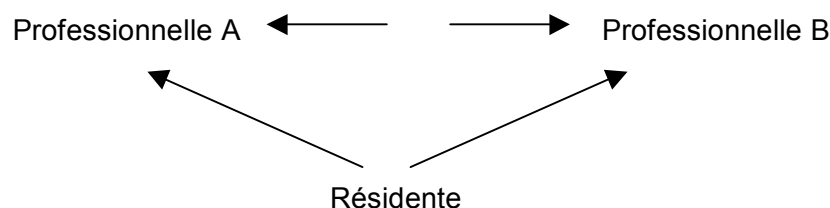
- ce qui caractérise la situation de Valérie c'est sa dépendance physique à l'égard des professionnelles dans les gestes de la vie quotidienne et dans les actes de la vie sociale,
- ce qui caractérise la relation des professionnelles avec Valérie c'est la différenciation des attachements.

Sur ce dernier point, tous les membres de l'équipe déclarent accepter sans difficulté le fait que certains membres soient *préférés* de Valérie. Ces préférences et la différenciation des attachements qui motivent les conduites des professionnels, vont alors apparaître à l'équipe comme la caractéristique centrale de l'interaction. Le fait que Valérie préfère l'une ou l'autre professionnelle, qu'elle développe des relations privilégiées, est normal. Mais cela devient problématique lorsque ses choix déterminent l'organisation de travail. En effet, soucieuse de prendre en compte les préférences de Valérie, de *personnaliser les relations*, - recommandation de bonne pratique – l'équipe la convie en effet, séquence après séquence, à choisir la professionnelle qui l'accompagnera dans sa toilette, au cours du repas, dans ses soins d'hygiène. L'autre professionnelle du binôme présent est donc chargée de s'occuper de tous les autres résidents.

Apparaît donc une structure interactionnelle en miroir :

- à la dépendance physique de la résidente, consécutive à son handicap, correspond la dépendance organisationnelle des professionnelles ;
- au sentiment d'impersonnalité qu'elle suscite correspond une personnalisation professionnelle sur le choix des prestations - les soins d'hygiène, la toilette, le repas - et non le choix des relations pour elles-mêmes ;
- à la spécificité de la résidente - un niveau d'efficacité différent de celui des autres résidents – correspond un accompagnement qui la distingue des autres résidents, la met à part en quelque sorte

Répartition des tâches



On mesure la responsabilité portée par Valérie, sa position de toute puissance et en même temps de vulnérabilité dans la mesure où elle est exposée aux affects que déclenchent ses préférences. En effet, les professionnelles qu'elle sollicite sont parfois saturées par cette relation, ou gênées de laisser leur collègue assumer l'accompagnement des autres résidents. Elles en viennent donc parfois à refuser les choix de Valérie. Celle-ci est en quelque sorte chargée de dire qui elle aime et elle risque de s'entendre parfois dire qu'on ne souhaite pas s'occuper d'elle, autrement dit qu'on ne l'aime pas, en tout cas qu'on l'aime moins.

Attention ! Je ne dis pas que c'est l'intention de l'équipe. Une équipe qui par ailleurs recherche avec soin comment répondre de façon satisfaisante aux besoins spécifiques de chaque personne. Mais on voit comment une intention qui se veut bienveillante peut devenir une disposition problématique, comment une référence appréhendée sur le mode injonctif devient le vecteur de conduites professionnelles opposées à l'intention déclarée.

La référence de bonnes pratiques est ici : « Personnaliser la délivrance de la prestation ». Je n'en conteste pas la validité. C'est son caractère injonctif, tel que ressenti par les professionnelles, qui occasionne une confusion de sens. Celles-ci s'y conforment sans s'interroger sur ce qu'elle signifie au regard de la singularité de chaque situation.

Personnaliser la délivrance de la prestation, c'est en effet personnaliser l'interaction qui soutient la prestation, ce n'est pas personnaliser la prestation. La prestation doit être adaptée à la spécificité de la personne, mais elle n'est pas en elle-même personnalisée. La prestation est un acte répété régulièrement auprès d'un type de public. Ce n'est pas l'acte qui est personnel, c'est l'interaction entre deux êtres, entre deux personnes, Personnaliser la prestation, c'est *délivrer la prestation de façon adaptée au travers d'une interaction personnalisée* au sens où elle implique des personnes singulières.

Cette référence se traduit ici par des conduites inverses à son intention parce qu'elle s'impose à l'esprit des professionnelles - elle est vécue comme imposée – comme une exigence sans relativité à la singularité de chaque situation. Elle est appréhendée comme un procédé et non un repère de sens à partir duquel élaborer une pratique singulière.

Ce sens, les professionnelles le découvrent en prenant conscience de la confusion qu'elles induisent chez la résidente au travers d'une disposition adoptée par conformité et non par conviction acquise à l'issue d'une réflexion collective. Ce n'est que lorsqu'elles exercent une réflexion critique sur leurs conduites, lorsqu'elles s'approprient une pratique dont elles élaborent le sens en équipe, qu'elles font « leur » cette pratique, portée par une conviction et donc un engagement collectif et personnel.

A l'issue de leur analyse, les professionnelles concernées ont en effet réalisé que les affinités relationnelles de la résidente concernée n'avaient pas à conditionner les modalités de délivrance de la prestation. La prestation n'est pas une faveur sollicitée par un choix mais une compensation au regard du handicap, réalisée avec une technicité et une bienveillance qui en assure la qualité.

La résidente n'exerçait pas sa liberté relationnelle en déterminant quelle professionnelle s'occuperait d'elle, car elle était alors prise dans une dépendance, une dépendance à qui *voulait bien l'aimer* et à qui elle *devait exprimer sa préférence*. Pour préserver sa liberté relationnelle, elle ne devait pas être chargée de choisir les professionnelles qui lui délivreraient la prestation. Ce n'était pas dans la prestation, mais dans la teneur de la relation qui se tissait à cette occasion, qu'elle pouvait exprimer ses affinités, différencier ses investissements affectifs, sans d'ailleurs avoir nécessairement à les formuler et, si elle les formulait, sans que cela nécessite une justification de sa part, ni sans qu'elle soit responsable des sentiments que cela suscitait éventuellement entre les membres de l'équipe.

Retour aux raisons d'agir de la personne

Compte tenu de son analyse, l'équipe a donc décidé que toutes les professionnelles s'occuperaient désormais de Valérie à tour de rôle dans les séquences de vie quotidienne. Mais ce qui s'est également révélé intéressant dans cette situation - et qu'on observe souvent si on se donne le temps d'une élaboration qui ne se fixe pas immédiatement sur la recherche d'une solution, mais qui accepte d'en passer par le recensement des données relatives à la situation - la leçon donc que je tire aussi de cette situation, c'est que l'élucidation de la posture des professionnelles a débouché sur une hypothèse explicative assez vraisemblable des conduites de la personne.

Les crises du petit déjeuner étaient sans doute liées à la présence d'une seule professionnelle à ce moment de la journée. Valérie manifestait sa frustration de ne pas pouvoir choisir celle qui s'occuperait d'elle, elle se comportait comme un enfant qui essaye de soumettre les adultes à ses préférences. Et elle manifestait aussi sans doute le matin son angoisse de voir disparaître ses parents âgés. Elle avait en effet été très affectée par le décès de sa grand-mère, qui s'était beaucoup occupée d'elle, et elle avait exprimé plusieurs fois son inquiétude de la disparition de ses parents lors de leurs voyages à l'étranger. Les professionnelles supposaient donc qu'en se réveillant le matin, souvent après une nuit entrecoupée de cauchemars, elle était envahie par la perspective du décès de ses parents. La nuit était en quelque sorte pour elle l'équivalent d'un voyage dont on revient sans savoir ce que sont devenues les personnes dont on n'a pas eu de nouvelles récentes.

La première étape de l'analyse n'avait pas abouti à la formulation d'hypothèses convaincantes sur la conduite de Valérie. Celles-ci ne prenaient forme qu'une fois dégagée la structure interactionnelle de la situation. Cela montre à quel point la réflexion de l'équipe ne peut s'en tenir à la seule analyse des conduites de la personne. Elle doit prendre en compte les représentations des membres de l'équipe et le contexte institutionnel, mais aussi porter un regard critique sur les positionnements professionnels trop évidents. Sous la pression d'injonctions de qualité énoncées comme des généralités abstraites, les conduites professionnelles peuvent en effet se développer à l'inverse de leurs intentions.

Conclusion

Pour conclure je voudrais avancer l'idée qu'une réflexion clinique approfondie à propos d'une situation-problème, - ce qu'on peut appeler une étude de cas - ne permet pas seulement d'adopter des pratiques d'accompagnement plus appropriées aux caractéristiques de la personne concernée, mais qu'elle constitue également un instrument d'élaboration de savoir-faire collectifs, élaborés et validés par l'équipe.

Dans le cas présent, les professionnelles ont ainsi entamé la rédaction de recommandations partagées. Pour les rédiger, elles s'étaient fixé de rechercher les dispositions qui préservaient au mieux l'humanité des résidents. Compte tenu de la lourdeur de leur pathologie, ceux-ci occasionnaient en effet des situations qui suscitaient des sentiments de rejet, de dégoût culpabilisé, de colère réprimée. Les recommandations visaient à rendre le plus *vivable* possible les interactions professionnelles-résidents. Au lieu de chercher a priori le développement de l'autonomie du résident, sa socialisation ou la réduction des conduites symptomatiques, il s'agissait de favoriser les situations dont il était capable compte tenu de ses déficiences et troubles psychiques, de telle sorte que les professionnelles vivent avec lui des interactions dans lesquelles se manifestait son humanité, plutôt que d'être régulièrement confrontées aux conflits que suscitaient une attente excessive de conduites socialisées ou autonomes.

Pour y parvenir les professionnelles définissaient d'abord ce que la situation aurait signifié pour un adulte ordinaire, même si certaines conduites du résident tendaient à l'assimiler à l'enfance par leur caractère régressif. Elles excluaient aussi d'avoir des exigences de caractère éducatif, acceptaient que le résident adopte des conduites de retrait relationnel, préserve des habitudes singulières sans les considérer comme des caprices puérils. Puis elles considéraient les raisons que le résident avait d'adopter certaines conduites symptomatiques et elles déterminaient en conséquence les attitudes d'accompagnement les moins susceptibles de le mettre en difficulté.

Ainsi donc, pour ne pas basculer dans l'application de recommandations comme autant de procédés, vous devez développer une réflexion d'équipe dans laquelle vous vous reconnaissez la capacité d'initier des pratiques spécifiques aux situations rencontrées. C'est la médiation de l'équipe, l'élaboration collective, qui fait la qualité clinique de ses membres. L'équipe est le creuset qui élabore et transmet des savoir faire avec les personnes accompagnées. Et ces savoir-faire ne se suffisent ni de la formation initiale ou continue, ni de la référence aux recommandations de bonnes pratiques, ils exigent une analyse en équipe, sans présupposés, inventive, une analyse des situations problèmes rencontrées, autrement dit des besoins des personnes accompagnées dans leur singularité, de leurs bonnes raisons de se conduire comme elles le font.