

Philippe Chavaroche

Du même auteur :

*Équipes éducatives et soignantes
en maison d'accueil spécialisée.
Pratiques institutionnelles,
Vigneux, Matrice, 1996.*

*Aide médico-psychologique :
de la souillure à la professionnalisation,
Publication du Groupe d'étude et de recherche
sur la déficience mentale du Sud-Est (GERSE),
Dardilly, 1998.*

Travailler en MAS

L'éducatif et le thérapeutique au quotidien

INSTITUT D'ÉTUDES SOCIALES
BIBLIOTHÈQUE

Rue Prévost-Martin 28

Case postale - 1211 GENÈVE 4

371 904 6 CHA

Trames

ères

Le travail en équipe en maison d'accueil spécialisée

Nous avons tenté de décliner l'accompagnement des résidents en MAS selon des directions différentes et dans des espaces-temps différents. Cette multitude de réponses aux divers besoins, cette ouverture dans des orientations d'accompagnement personnalisées, cette diversité de lieux et de temps impliquent une multiplicité d'intervenants rassemblés dans une *équipe pluridisciplinaire*. Cette équipe est à la fois source de richesse et de nombreuses difficultés.

Une de ces difficultés tient au fait qu'une équipe n'est que le rassemblement, autour du résident, de professionnels différents. Ce sont précisément leurs différences qui vont rendre le travail en équipe particulièrement difficile. Au-delà des bonnes inten-

tions et des vœux pieux, la réalité du travail en équipe reste problématique.

Un premier niveau de différences se pose de manière objective, repérable, manifeste : ce sont les différences en termes de compétences (soignants, éducatifs, administratifs...) et de fonctions (hiérarchiques, responsabilités techniques...)

Nous observons également que, dans une institution, tous les professionnels n'utilisent pas les mêmes outils, les mêmes médiations. Les intervenants de la quotidienneté mettent en œuvre les médiations ordinaires de la vie de tous les jours pour d'autres professionnels ; ce seront des médiations plus spécifiques dans le cadre d'activités éducatives ou thérapeutiques. Certains professionnels disposent d'outils plus « techniques », que ce soit dans le diagnostic ou dans les interventions auprès des résidents.

De même que tous les professionnels n'interviennent pas dans le même temps (jour, nuit, internat, externat, absences pour diverses raisons), ils n'utilisent pas, pour leur travail, les mêmes lieux (groupe de vie, salle d'activité, cabinet de consultation, bureau...). Ces différences doivent être connues, repérables par tous. Concrètement, il s'agit en permanence de savoir « qui fait quoi, où, quand et comment au sein de l'institution ».

L'organisation institutionnelle doit établir de manière claire la place de chaque professionnel sous forme de plannings, fiches de poste, délégations de responsabilité, organigrammes, attributions... Cette organisation reste toujours fragile, car elle doit sans cesse

s'adapter à un contexte changeant : *l'accompagnement des résidents*.

Nous avons vu combien cet accompagnement peut être complexe et comment il faut parfois adapter le mode d'intervention à des besoins singuliers, à des moments particuliers dans les trajectoires de vie des résidents, que ce soit dans les progressions mais aussi dans les régressions, toujours possibles.

L'organisation institutionnelle doit alors conjuguer deux exigences apparemment contradictoires.

Elle ne doit pas être trop rigide car pointerait alors le risque d'une « robotisation » des acteurs, d'un enfermement de chacun dans une sphère professionnelle univoque, d'un cloisonnement des interventions et du « démantèlement » de l'équipe.

Le travail en équipe doit constamment intégrer les données nouvelles émanant des résidents et, en conséquence, adapter son mode de réponse à tel type de besoin, à tel moment de la vie d'un résident, à telle difficulté rencontrée. Il est illusoire de penser qu'un mode d'organisation institutionnelle puisse être établi une fois pour toutes et répondre à toutes les situations. Les zones d'intervention des différents professionnels doivent pouvoir se recouvrir et les différentes compétences professionnelles doivent se conjuguer pour répondre aux besoins des résidents. Par ailleurs, cette organisation ne doit pas être trop approximative, car elle induirait des confusions et de l'inorganisation.

Un fonctionnement d'équipe non structuré ne peut en aucun cas générer un travail thérapeutique ou

éducatif de qualité. Il peut être alors trop en miroir du fonctionnement psychique de nombreux résidents qui vivent eux-mêmes dans des univers déstructurés et chaotiques.

Pour pallier ces deux écueils, les acteurs de l'équipe doivent se livrer à un travail permanent d'information mutuelle afin de préciser à partir de quelle place spécifique, de quelle compétence ou de quelle responsabilité ils interviennent dans l'accompagnement.

Il est aussi nécessaire de coordonner les interventions des divers professionnels pour ajuster les modes de prise en charge, pour préciser les interactions, pour définir et redéfinir la place de chacun dans le dispositif d'ensemble.

Il y a aussi les différences subjectives, cachées ou latentes, qui existent au sein de toute équipe professionnelle en MAS. Plus difficiles à cerner, elles ont à voir avec la sensibilité émotionnelle de chaque professionnel, dans la manière dont s'expriment ses affects dans les relations avec les résidents.

On peut aussi observer des différences dans l'éducation et la culture, l'héritage familial de chacun. Les enjeux narcissiques, la façon dont les professionnels se sentent reconnus et valorisés dans leur travail, sont très inégalement vécus et suscitent un besoin plus ou moins grand de gratifications.

D'autres différences sont à l'œuvre au sein d'une équipe, notamment dans les hiérarchies imaginaires qui attribueraient à certains plus de prestige, voire plus de valeur qu'aux autres. Ces différences ne font

que refléter la singularité psychologique de chacun, avec ses forces et ses fragilités.

Ce sont ces dispositions affectives, fantasmatiques, émotionnelles, particulières à chaque professionnel qui permettent d'entrer en relation profonde avec les résidents, d'éprouver des résonances psychiques parfois archaïques avec eux et de créer des liens qui ne reposent pas seulement sur des gestes techniques et désincarnés. Mais ces différences peuvent être accentuées par la proximité avec les résidents.

Les difficultés du travail auprès de ces derniers, la fatigue physique et psychique, les effets désorganisateur des pathologies autistiques et psychotiques sur le psychisme des professionnels constituent autant d'éléments qui vont parfois exacerber ces différences.

Les différences dans la manière dont chacun exprime sa singularité peuvent devenir menaçantes pour les autres. Le fantasme d'être « tous pareils » reste très puissant dans les équipes comme moyen de protection, par mimétisme, de psychismes individuels fragilisés. Se reconnaître dans un autre semblable à soi est certainement très rassurant.

On ne peut oublier non plus les puissantes angoisses de mort qui traversent le vécu des professionnels et qui, souvent invivables à un niveau personnel, sont projetées sur les autres, qui, à leur tour, s'en débarrassent en les expulsant parfois de façon violente. Ce « bouillonnement » affectif et émotionnel peut, s'il n'est pas suffisamment pris en compte et traité, présenter des risques pour l'équilibre et la dynamique institutionnelle.

Le fonctionnement de l'équipe peut être alors entravé par les jugements de valeur sur les personnes, le *clivage* en « bons » et « mauvais » professionnels, l'occultation des compétences, les conflits de pouvoir, la violence dans les relations de travail. Tous ces dysfonctionnements sont préjudiciables à la cohérence de l'accompagnement éducatif et thérapeutique.

Une des manières de traiter cette problématique réside certainement dans des espaces de parole institutionnels où les sentiments, les émotions, les peurs ou les angoisses peuvent se dire. Tenter de limiter les « non-dits » sur ces questions peut, en explicitant ces vécus psychiques difficiles et parfois douloureux, aider à prendre conscience que chacun vit à peu près les mêmes choses et que personne dans l'équipe n'est plus « fort » que les autres.

La menace d'un autre, dangereux pour notre narcissisme, qui nous renverrait à nos faiblesses, à nos manques peut alors s'estomper et laisser place à de réelles alliances professionnelles.

Sans cette volonté d'organiser de manière cohérente les différentes composantes professionnelles de l'équipe et sans le souci de réguler sa vie affective et émotionnelle, on risque de voir l'ensemble institutionnel adopter des fonctionnements pathologiques dont les principales modalités sont la fusion, le démantèlement et le morcellement.

La *fusion* repose sur l'illusion qu'il n'y a pas de différences entre les membres de l'équipe, que l'on est « tous pareils ». Cette illusion n'est protectrice que pour un temps ; l'indifférenciation se révèle assez

rapidement étouffante et mortifère, elle bloque toute tentative d'expression singulière et autonome.

Le « *démantèlement* » (terme emprunté à Meltzer) génère un fonctionnement d'équipe où chacun travaille « dans son coin », isolé des autres. Cette situation peut paraître confortable car, en limitant les interactions, elle limite les conflits. Mais elle induit une grande pauvreté dans la vie psychique de l'équipe qui, pour être vivante, doit s'alimenter de la confrontation des idées et réflexions de chacun.

Enfin, le *morcellement*, ou éclatement, signifie que le conflit est ouvert, que des parties de l'équipe sont coupées des autres et que toute coopération professionnelle est impossible. Cette situation, qui est parfois plus ou moins larvée, est la plus douloureuse pour les professionnels et entraîne souvent un absentéisme important.

Il est relativement fréquent que les équipes fonctionnent selon ces trois modes de manière alternée ou combinée, en relation avec les difficultés plus ou moins grandes rencontrées auprès des résidents ou en écho aux vicissitudes de la vie institutionnelle.

La vie pratique et organisationnelle de l'équipe, tout comme sa vie affective et émotionnelle, demandent une attention très soutenue de la part de ceux qui ont la charge d'accompagner, de guider et de structurer son travail. C'est principalement la fonction des professionnels d'encadrement tant au niveau hiérarchique que technique.

Conclusion

Nous avons essayé de proposer une organisation, selon des axes mieux repérés, de l'accompagnement des résidents dans les maisons d'accueil spécialisées ; nous ne prétendons par pour autant avoir défini une « technique » qui aurait vocation à être applicable de manière universelle.

Le travail éducatif et thérapeutique auprès des personnes gravement handicapées et malades requiert des savoirs et des méthodes, mais on ne saurait nier que la connaissance que nous avons de ces pathologies et déficiences reste encore imprécise, précaire et souvent controversée, comme dans le cas de l'autisme, par exemple.

De même, les méthodes de soin et les démarches éducatives, à l'exception de celles qui se prétendent

infaillibles, relèvent bien souvent d'approches empiriques, expérimentales et demandent à être « bricolées » en permanence, le terme de « bricolage » n'étant pas pour nous péjoratif mais l'expression d'une pensée théorico-clinique créative.

Nous sommes donc, face à ces résidents, soumis à une double exigence : celle d'être à la fois rigoureux et « savants » sur le plan théorique et clinique, mais aussi celle d'être ouverts à l'inattendu, à l'invention. Loin d'être antagonistes, ces deux positions, lorsqu'elles sont en équilibre harmonieux, caractérisent la démarche du chercheur. C'est peut-être cette posture d'une recherche continue qui reste la plus pertinente pour poursuivre au jour le jour la tâche épuisante qui consiste à aider, soigner et humaniser ces résidents.

Notre travail vise aussi à introduire de l'hétérogène, de la différence, dans une démarche d'accompagnement qui est en risque permanent de « massification ». Il est nécessaire de « tout faire » pour ces résidents, et ce « tout » peut n'être qu'une succession de gestes, certes efficaces, mais dont la portée et le sens se perdront peu à peu.

L'indifférenciation des propositions thérapeutiques ou éducatives, la confusion des rôles et des fonctions des professionnels, la non-distinction des lieux sont de nature à entraîner une érosion du sens du travail qu'une équipe éducative et soignante réalise auprès de ces résidents. Ce sens ne peut émerger et se construire qu'au sein de dispositifs institutionnels suffisamment élaborés pour être à même de consti-

tuer un « cadre », tant pour les résidents que pour les professionnels. Ce cadre, pour être opérant en maison d'accueil spécialisée, doit présenter certaines qualités spécifiques telles que la sécurisation, la contenance, la résistance et la permanence. Ces fonctions se rapprochent de ce que Oury et Delion (1993) appellent la *fonction « phorique »*, c'est-à-dire la capacité pour une institution à accueillir et à porter la problématique des résidents et les effets qu'elle induit sur les professionnels. Ce cadre doit également favoriser l'expression, l'observation et la lecture de l'ensemble des signaux cliniques émanant des résidents, notamment de tout le matériel non verbal qui constitue la majeure partie de la symptomatologie autistique et psychotique. En ce sens, avant de se poser la question : « Pourquoi fait-il ça ? », il est certainement plus pertinent de se poser la question : « Comment fait-il ? »

On comprend bien l'impérieuse nécessité de donner du sens à ce que l'on perçoit souvent comme insensé, et cette recherche de sens ne peut reposer que sur une observation fine et attentive du comportement des résidents et sur les effets que ces derniers produisent dans le vécu psychique des professionnels. On peut entendre, avec Delion (1977), cette fonction du cadre institutionnel comme une fonction « séma-phorique ». Enfin, et en suivant la même théorisation, le cadre doit être « porteur de sens » (la fonction « métaphorique ») particulièrement dans sa capacité à organiser le chaos affectif et intellectuel dans lequel vivent de nombreux résidents, chaos qui se répercute sur le vécu des équipes éducatives et soi-

gnantes. Nous avons souligné combien la capacité à différencier était vitale, mais ces différences doivent en permanence s'articuler entre elles, se relier, pour éviter ce qui menace le plus les dispositifs thérapeutiques et éducatifs : le morcellement, le démantèlement et le clivage.

La fonction essentielle du cadre repose surtout sur la mise en œuvre d'une capacité institutionnelle à penser, à mettre du sens sur ce qu'amènent les résidents et qui est le plus souvent pulsionnel, corporel et fortement imprégné par des angoisses archaïques et massives. Le rôle des théories dans cette activité est capital.

Enfin, ce cadre institutionnel doit pouvoir ménager des gratifications, notamment dans l'instauration d'un certain plaisir à penser, à manier les concepts, à élucider les comportements énigmatiques des résidents. La pulsion épistémophilique doit pouvoir trouver des voies d'expression et de réalisation dans ce travail par ailleurs difficile.

Trouver du plaisir à accompagner les résidents en maison d'accueil spécialisée, alors que ce travail est souvent considéré comme peu gratifiant et dévalorisant, reste, à notre avis, possible, quoique toujours incertain et fragile.

Annexes

Article 46 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975

Il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'agrément et de prise en charge de ces établissements ou services au titre de l'assurance maladie.

Décret n° 78-1211 du 26 décembre 1978 portant application des dispositions de l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975

Décète :

Art. 1^{er} – Les établissements mentionnés à l'article 46 de la loi n° 75-534 susvisée, ci-après dénommés maisons d'accueil spécialisées, reçoivent sur décision de la COTOREP des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

Art. 2 – Les maisons d'accueil spécialisées doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent :

- l'hébergement ;
- les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements ;
- les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies ;
- des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes.