

Continuité des parcours, polyvalence des équipes

Employer le terme de « parcours institutionnel » à propos de l'existence des « personnes en situation de vulnérabilité » devrait poser question, car cela suppose qu'au lieu de vivre son existence elle va la parcourir en étapes successives pensées par les personnes qui l'accompagnent.

L'emploi du qualificatif de « personnes en situation de vulnérabilité » est par ailleurs significatif d'un polymorphisme des problématiques accompagnées par le secteur social et médico-social. Au-delà et après les termes d'infirmes, d'handicapés, d'exclus, de marginaux, d'incapables, de personnes dépendantes, le terme de personne vulnérable recouvre une nébuleuse de publics avec des problématiques fort diverses, relevant de l'action sociale, avec un même dénominateur d'écart à la normativité actuelle qui caractérise un individu comme doté d'autonomie, capable de bénéficier de l'ensemble des biens et attributs qu'accorde une société démocratique aujourd'hui.

Les droits d'usager reconnus aux « personnes en situation de vulnérabilité » au titre de la solidarité nationale rappellent qu'ils partagent une citoyenneté porteuse de cohésion sociale. Pour autant ces droits spécifiés risquent conjointement de cautionner leur assignation à un statut d'assisté dans une société qui ne combat plus la montée de ses inégalités et s'efforce seulement de les rendre plus ou moins acceptables en optimisant une protection sociale au champ de plus en plus étendu. Ainsi l'expose Pierre Savignat, dans une analyse qui doit, me semble-t-il, rester en toile de fond des perspectives développées sur l'activité du secteur social et médico-social et donc sur les parcours institutionnels : « Nous ne sommes plus aux marges d'un système qui, de façon générale, intègre, mais au cœur d'un système qui exclut une partie non négligeable de la population. » Il faut bien admettre que la « nouvelle donne économique génère des dégâts sociaux qui produisent des situations difficiles, voire dramatiques et durables pour un nombre croissant de personnes. [...] l'action sociale va donc être largement convoquée pour tenter de pallier les effets des situations ainsi créées. [...] L'on constate alors un processus de déversement vers l'action sociale d'un nombre conséquent de personnes qui étaient protégées du fait de leur intégration socio-économique et/ou de l'un ou l'autre des dispositifs d'assurance sociale. »¹

Après le processus de désaffiliation identifié par Robert Castel il y a maintenant une vingtaine d'années², c'est à une forme de ré-affiliation à laquelle on assiste, mais pas au sein du droit commun, à son écart, sur le mode d'un droit compensatoire qui, pour paraître immédiatement nécessaire au regard de la situation des personnes désaffiliées, n'en vient pas moins signer la perte d'une citoyenneté à part entière, le basculement dans une précarité d'existence. Non pas l'ancienne pauvreté – même si c'est le cas pour certains – mais la perte de maîtrise de son existence, celle-ci devenant essentiellement dépendante de dispositifs spécialisés, définis par un

¹ *L'action sociale a-t-elle encore un avenir ?* Pierre Savignat, P.13 et 14, Dunod 2012.

² *La métamorphose de la question sociale : une chronique du salariat*, Robert Castel, Gallimard, 1995.

type de problématique, chacun pertinent en soi mais tous inadaptés au flux de l'existence et à la polymorphie des problèmes rencontrés (le handicap entraînant l'in-employabilité, la réduction des opportunités affectives, la faible participation aux événements et liens sociaux, la perte d'emploi entraînant la difficulté financière, le moindre accès aux soins, l'invalidation de la parentalité par impossibilité d'offrir aux enfants les biens de consommation courants, la perte de confiance en soi et l'amointrissement des capacités qui en découlent, etc.). Il est étonnant de constater dans ce contexte que nous ne parlons plus de société duale alors qu'elle l'est fondamentalement devenue.

Au sein de l'action sociale, les catégories de population se multiplient, justifiant le surgissement de nouveaux dispositifs. Il semble falloir inventer systématiquement des réponses différenciées plutôt que de penser la modulation des dispositifs existant ou d'interroger le bien-fondé d'une approche en action sociale plutôt qu'en droit commun. Hors l'accroissement d'une population psycho-socialement déstabilisée par plusieurs décennies de dérégulation socio-économique, il y a des raisons de penser que les publics caractérisés aujourd'hui par de nouvelles dénominations (Alzheimer, dysphasies et dyspraxies, autisme, états limites) existaient déjà mais étaient appréhendés sous d'autres représentations, peut-être dans des proportions moindres et sous des appellations différentes (démence sénile, difficultés d'apprentissages scolaires, psychose, troubles de personnalité). Il est frappant d'observer que ces nouvelles catégories de problématiques ne font l'objet d'aucune étude épidémiologique rigoureuse alors que la France dispose avec l'INSERM et l'INSEE d'instruments appropriés de recueil des besoins et de caractérisation des populations. En l'état actuel, les estimations sont grossières, souvent surdimensionnées pour servir des argumentaires, quand elles ne reposent pas sur des informations qui s'autoalimentent en boucles récursives.³

Dernière caractéristique des évolutions en cours, on assiste à un glissement des motifs d'exclusion scolaire, corrélatif à la scolarisation des jeunes avec un handicap. Ces derniers sont effectivement scolarisés en école ordinaire dans des proportions significativement plus importantes qu'avant la loi du 11 février 2005⁴ mais les publics accueillis en institut médico-éducatif ne décroissent pas dans des proportions équivalentes, loin s'en faut. Ils se renouvellent sous la double forme des troubles de la personnalité et des conduites asociales, tandis que le nombre de jeunes accueillis en institut thérapeutique éducatif et pédagogique augmente sensiblement.

A l'issue de l'ensemble de ces considérations, qui demanderaient de plus amples développements, il me semble que la continuité des parcours des personnes en situation de vulnérabilité passe par la **proximité** des dispositifs y apportant réponse, leur **évolutivité** (le caractère provisoire de leur projet et de leurs modalités organisationnelles) et la **polyvalence** d'équipes appropriée à l'hétérogénéité des problématiques plutôt que la spécialisation des interventions consécutives à la segmentation des problématiques à laquelle on assiste aujourd'hui.

Proximité aux usagers, porosité à l'environnement

³ Pour exemple, le caractère exponentiel des annonces relatives à l'autisme, avec des formulations visant à frapper l'opinion publique telles que « On évalue à 440 000 le nombre de personnes autistes en France, soit l'équivalent de la ville de Lyon ! ». Le taux de prévalence passerait ainsi de 1 enfant sur 156 en 2003 : un sur 110 en 2009 et un sur 88 en 2012 ! ([Le Quotidien du Médecin, France 24](#))

⁴ Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Proximité spatiale

Spontanément la proximité se pense d'abord sur un mode spatial. Elle ne s'y limite pas mais constitue un élément de réalité dont il ne faut pas négliger la prégnance. L'amélioration du réseau routier, le développement des modalités d'accompagnement ambulatoire peuvent entretenir l'illusion que les distances ne constituent plus une contrainte sans impact sur les conduites relationnelles. On ne s'est pas encore sérieusement interrogé sur les effets de délocalisation de services situés à une heure de trajet voire plus de la domiciliation des personnes.

Or, en développant la segmentation des problématiques de vulnérabilité relatives au handicap, à la dépendance et à la désinsertion sociale, en renforçant la différenciation par spécificités accolée à des réponses plus spécialisées, on perd la proximité spatiale qui permet à un adulte handicapé ou une personne âgée de rester en lien régulier avec ses proches et à un jeune handicapé d'appréhender son existence dans une globalité et de ne pas amputer ses journées par des temps de déplacement conséquents du domicile familial au service ou/et à l'école.

Le morcellement de l'existence quotidienne dans des lieux que ne relie pas l'expérience corporelle (la distance parcourue par notre corps, la perception familière des rues, des bâtiments, des passants, etc.) ne favorisent pas la prise d'assurance et d'autonomie. Il faut en effet percevoir son environnement immédiat dans une continuité spatiale pour le concevoir mentalement comme un ensemble maîtrisable et envisager en conséquence de découvrir d'autres univers, d'affronter des situations nouvelles. On sait l'importance des souvenirs relatifs à l'enfance et l'adolescence caractérisés par la connaissance intime des lieux, des bruits, des textures et des odeurs. Cette familiarité à un monde appréhendé dans sa densité se constitue dans la permanence d'un environnement globalement conçu, à partir duquel l'inconnu sera appréhendé avec la perspective d'y transposer ses capacités en y reproduisant la constitution d'une familiarité du même ordre.

Proximité familiale

Cette familiarité relève donc de la proximité spatiale des lieux de vie (l'école, le domicile, le service de soin) mais aussi de la permanence des relations entretenues par les adultes qui entourent l'enfance. Qu'on songe par exemple à la continuité relationnelle qu'offre la rencontre journalière des parents ou de l'assistante familiale avec les enseignants de l'école maternelle. A contrario, la moindre densité relationnelle entre les parents et les professionnels spécialisés des établissements et services, la non quotidienneté de leurs rencontres, consécutive à la distance géographique, la pluralité des intervenants, voire des lieux de rééducation, de consultation et d'apprentissage (séquences scolaires intégrées, séquences éducatives spécialisées), n'offrent pas la continuité d'un environnement spatial expérimenté corporellement et d'un environnement relationnel délimité à quelques figures de référence, conditions favorables à la construction d'une sécurité interne.

Certes, la prise d'indépendance, l'affirmation de ses choix de vie, le processus d'individuation qui conduit à se différencier des figures parentales, nécessitent des prises de distance successives. Et une proximité relationnelle permanente, surprotectrice, restreinte dans ses références, est génératrice de dépendance, peut se révéler étouffante et empêcher de se développer dans ses capacités d'autonomie et ses appétences relationnelles. Mais la distanciation d'avec les figures parentales et plus généralement de l'environnement familial s'effectue à partir d'une origine assurée, d'une expérimentation progressive de l'espace matériel et relationnel, dont on se détache d'autant plus positivement qu'on est assuré de sa pérennité. La capacité et la motivation à penser son existence propre, à élaborer les événements de vie, à affronter ses

démons et ses incapacités, à se projeter dans l'avenir se fondent sur cette familiarité première et la sécurité interne qui s'y forme.

On rappellera en l'occurrence le lien sémantique entre proximité et familiarité : la proximité c'est être proche, comme le sont les êtres du quotidien, qu'on dénomme justement des proches et conjointement des familiers, autrement dit ceux dans la familiarité desquels on grandit ou avec lesquels on poursuit son existence. La proximité relationnelle c'est donc d'abord la familiarité des adultes – la famille et les professionnels - qui entourent l'enfant dans cette lente et profonde construction d'une identité personnelle au long de la période de latence, puis cet environnement que va malmener l'adolescent pour tester sa capacité à s'en séparer suffisamment et vivre par soi-même tout en conservant l'assurance d'un monde familial, même s'il s'en éloigne. Enfin c'est cet accord que formeront professionnels et familiers autour de l'adulte dit vulnérable, offrant la continuité relationnelle qui contribue au sens et à l'unité de son existence en foyer, en appartement autonome ou semi-autonome, au domicile parental et dans un ESAT, etc.

Je soutiendrais donc, dans la troisième partie de cet article, la nécessité d'une déspecialisation des modes d'accompagnement des publics dits vulnérables et donc de la constitution d'équipes de proximité polyvalentes. Cette polyvalence est en effet la condition de la proximité spatiale et familière car, rassemblant un public relativement hétérogène dans ses problématiques (tout au moins telles que constituées aujourd'hui par les politiques d'action sociale et la littérature professionnelle), elle permet de rapprocher les lieux de leur accompagnement ou de leur séjour de leur domiciliation familiale ou personnelle et donc de favoriser des contacts directs soutenus entre professionnels et proches familiaux ou/et amicaux. La coéducation, le soutien aux aidants familiaux, la concertation autour de la proposition d'accompagnement d'un adulte en maison d'accueil spécialisé (MAS) ou foyer d'accueil médicalisé (FAM), impliquent une relative fréquence de contacts directs. Ils restent sinon une modalité essentiellement formelle, limitée à des rencontres espacées autour d'un projet préétabli et non cette interaction qui se densifie au fil des contacts, pour les uns anodins, pour d'autres plus institutionnels, pour d'autres encore investis d'affects.

Il ne s'agit évidemment pas de concevoir des établissements ou des services surprotecteurs par les liens serrés qu'ils entretiennent avec la famille de la personne vulnérable mais de faire l'hypothèse que cette dernière développera d'autant sa capacité de mobilité géographique et de distanciation psychoaffective qu'elle a constitué sa sécurité interne sur la permanence de l'environnement au cours des premiers temps de son développement et qu'elle reste en lien soutenu avec son réseau de proches.

Proximité intégrative

Enfin, la proximité c'est l'intégration⁵. Là aussi nous devons retourner la tendance qui consiste à catégoriser les publics en spécifiant les problématiques. Certes, le mouvement de déversement de populations dans le registre de l'action sociale et la tendance à segmenter les publics qui en découle, ne manquent pas d'être traversés d'initiatives inverses d'intégration, tant au niveau des adultes que de l'enfance, des personnes handicapées que des personnes âgées.

⁵ Je n'emploie pas volontairement le terme d'inclusion. Il est apparu dans les textes par effet de mode en place de celui d'intégration. Il comporte en outre le défaut de s'être défini, à partir du terme d'exclusion, en opposition à celui-ci et non par sa positivité de nature comme le terme d'intégration qui désigne le rapport à la société de toute personne adulte ou en devenir.

Organiquement toutefois, l'action auprès d'un public se développe autour des spécificités de ce public et donc au travers de dispositions spécialisées, institutionnalisantes en quelque sorte. Mais la désinstitutionnalisation⁶ ne doit pas consister à penser que les personnes dites vulnérables peuvent choisir leur prestataire sur un marché offrant des réponses adaptées à la diversité des situations sans disparité territoriale, alors qu'on observe justement en matière de santé à quel point le secteur libéral génère des inégalités territoriales. Cette désinstitutionnalisation concerne aujourd'hui moins les murs eux-mêmes que la catégorisation des problématiques qui cloisonne les parcours, accentue les discontinuités d'une spécialisation à une autre, privilégie la compensation sur un mode prothétique au lieu de rendre accessibles les institutions de droit commun. Peu nombreux sont encore aujourd'hui les SESSAD-professionnels articulés avec des ULIS en lycée, les maisons de retraite intégrées dans la continuité de l'habitat ordinaire, les foyers d'adultes handicapés intégrés dans des foyers ordinaires de travailleurs, les accueils en internat scolaire ordinaire avec la présence de professionnels spécialisés, etc.

La difficulté sans doute est-elle du côté du monde de l'entreprise, de l'école et des organismes de logement, soumis à des enjeux de compétitivité, des prescriptions d'excellence, des normes drastiques et des réglementations complexes au point d'entraver la souplesse évolutive du bâti.

Mais la difficulté est autant du côté du secteur spécialisé, sous la forme de replis vers des solutions internes. Devant l'inadaptation des dispositifs de droit commun, leur peu d'empressement parfois à ajuster leurs modalités, les acteurs spécialisés tendent en effet à concevoir des dispositifs protecteurs, adaptés à la spécification des problématiques, d'autant que les fonctionnements ouverts aux dispositifs de droit commun sont autrement plus complexes à établir et coûteux en énergie pour les soutenir dans la durée.

Les mécanismes de constitution interne de tout système d'action dédié à une mission déterminée renforcent cette tendance. Accompagner au quotidien des personnes que le monde ordinaire met en difficulté conduit non seulement à initier des dispositions propres à ces difficultés pour les atténuer mais aussi à former peu à peu ses propres normes et références. Un dispositif spécialisé se renforce dans sa spécificité en ce qu'elle constitue sa raison d'être. Et, comme évoqué en introduction, cette spécialisation de l'action sociale concerne une part suffisamment importante de la population pour qu'on en vienne à justifier parfois son existence par le niveau de consommation qu'elle soutient, la production économique à laquelle elle contribue (ESAT, ateliers protégés, entreprises d'insertion), voire le bénévolat qu'elle suscite chez des personnes maintenues ainsi en activité. Toutes données positives en soi mais qui témoignent d'une existence propre alors que l'action sociale devrait être prioritairement consacrée à l'intégration des populations accompagnées dans les dispositifs de droit commun.

La montée en puissance des directions générales, le développement entrepreneurial des gestionnaires non lucratifs, témoignent conjointement de cette institutionnalisation. Or l'intégration des personnes dites vulnérables dans les dispositifs de droit commun, la proximité des dispositifs spécialisés aux populations concernées, impliquent au contraire la porosité des organisations de travail. Porosité à l'environnement spatial, porosité aux dispositifs de droit commun, porosité aux solidarités familiales, amicales et militantes. Cela implique, comme le soutient Roland Janvier, une organisation de travail de caractère réticulaire plutôt que centralisée, des points de contact

⁶ Cf. la recommandation européenne sur le sujet : « *Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la dés-institutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité* » (adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010).

multiples, de caractère osmotique⁷. Une organisation de travail qui exerce sa mission de façon accolée aux dispositifs de droit commun, appariée avec eux, s'entrelaçant avec leurs modes, spécialisée non au travers de dispositions distinctives, d'une technologie auto-justificative, mais en soutenant des modes compensatoires dans les situations de vie ordinaire et en contribuant à améliorer l'accessibilité du droit commun.

Dynamique du provisoire

Si dés-institutionnalisation doit être entreprise, ce n'est donc pas le caractère institutionnel de la solidarité nationale qu'il faut réduire en faveur d'un marché supposé satisfaire ses consommateurs ou/et d'un bénévolat palliant aux insuffisances d'une protection sociale collective mais qui comporte le risque de renouveler les dépendances captives des anciennes entreprises confessionnelles. Dés-institutionnaliser en l'occurrence, c'est d'une part développer une polyvalence d'accompagnement à l'opposé de la segmentation des publics, d'autre part concevoir le caractère provisoire des projets d'établissements et de services, concevoir des dispositifs suffisamment évolutifs pour offrir de la continuité aux usagers, assurer un accompagnement adaptatif à l'évolution de leurs besoins, à leur itinéraire de vie. La continuité des parcours personnels implique l'évolutivité du projet institutionnel.

Ainsi, composé de différents modes d'accompagnement (ambulatoire, familial, intégratif, en internat continu ou/et séquentiel), sécurisant et cohérent dans sa structure, un dispositif pour des jeunes avec des troubles du comportement et de la personnalité doit être évolutif pour mettre en œuvre des parcours qui, par nature, induisent le mouvement. Il doit être animé par une dynamique du provisoire. A l'opposé d'une spécialisation des interventions qui favorise les clivages, cette dynamique du provisoire implique la polyvalence d'une équipe ouverte sur les dispositifs de droit commun, autour d'un projet suffisamment partagé en interne par la participation à une série de tâches communes.

Concernant les adultes avec un handicap, c'est le phénomène de vieillissement qui est susceptible de provoquer des ruptures dans les itinéraires de vie. Ce qui était devenu sa résidence doit d'un coup être abandonné par la personne, rompant les habitudes d'un lieu, les repères temporels, l'appartenance à un groupe de pairs, occasionnant des séparations douloureuses et déstabilisantes. Pour éviter ces ruptures, certains établissements s'efforcent d'évoluer avec le mouvement de la vie, en aménageant leurs locaux, en formant leur personnel, en modifiant leurs pratiques. Comme dans une famille, les liens se modifient mais sans rupture. La vie y continue dans ses transformations silencieuses⁸, elle change mais au sein d'une communauté de vie familière. Les locaux, les pratiques, les activités, se métissent en fonction de l'hétérogénéité des capacités et besoins relatifs à l'avancée en âge, mais on peut tout aussi bien imaginer que de jeunes résidents arrivent, renouvelant de leur présence les pratiques à l'inverse. Et, contrairement à ce qu'on pourrait craindre, l'établissement ne se referme pas sur lui-même pour protéger son public en perte d'autonomie. Dans sa dynamique évolutive, il reste ouvert sur l'extérieur au travers de séjours de vacances, d'activités partagées avec les habitants de la commune, de mises à dispositions respectives de salles et de compétences.

⁷ Cf. le propos de Dominique Balmary, *Faire société*, p.15, UNIOPSS Dunod 2011.

⁸ Cf. François Jullien, *Les transformations silencieuses*, Grasset 2010.

Autre exemple, celui d'un foyer pour infirmes moteurs cérébraux qui s'adjoint un accueil de jour et des appartements adaptés. De jeunes adultes vivant dans leur famille y préparent leur insertion sociale, éventuellement professionnelle, au travers d'activités de loisirs et d'autonomisation. Conjointement, certains vivent dans un appartement adapté pendant plusieurs années afin d'y prendre les habitudes d'une vie autonome avec l'accompagnement d'un service de soins infirmiers à domicile.

Il faut que l'équipe qui les accompagne soit d'une part polyvalente pour à la fois animer des activités, accompagner les personnes dans des démarches administratives, les familiariser aux actes de la vie domestique, les soutenir psychologiquement, d'autre part adaptative pour modifier ses pratiques et ses activités au fil de l'évolution des pathologies, capacités et attentes d'autonomie, ainsi que des contraintes de l'environnement.

Cette adaptabilité du projet est tout aussi nécessaire dans un dispositif tel que le SESVAD (service spécialisé pour une vie autonome à domicile), qui accompagne des personnes en insuffisance ou perte d'autonomie, notamment en matière de mobilité, et plus généralement dans les différents aspects moteurs du fonctionnement humain. Son activité s'étend en effet d'une première rencontre à l'hôpital ou au centre de rééducation pour anticiper le retour au domicile, jusqu'à un accompagnement intensif de type SAMSAH (aménagement du domicile, démarches administratives, accompagnement des proches, soins infirmiers, mobilité dans les actes de la vie sociale), puis un suivi plus distendu lorsque la situation s'est stabilisée, mais tout en anticipant une aggravation des atteintes et donc une dégradation des capacités d'autonomie, requérant des soins infirmiers et un auxiliaire dans les gestes de la vie courante en vue d'un maintien à domicile, éventuellement un accompagnement à la fin de vie. Multiforme, complexe dans son architecture, le projet doit être suffisamment provisoire pour évoluer en fonction des pathologies, des synergies avec le sanitaire, de la pluralité des acteurs avec lesquels s'articule l'accompagnement spécialisé.

Dynamique du provisoire, cette évolutivité du projet favorise une mobilité interne, contre la routine des allants de soi, l'usure professionnelle, la chronicisation des dérives et des insuffisances. Une mobilité qui se joue par le renouvellement du projet, la recombinaison partielle des équipes en fonction de l'évolution des types de problématiques au sein d'un même dispositif.

Polyvalence des équipes

Division du travail

La pluridisciplinarité atteint aujourd'hui ses limites : corrélé à la segmentation des publics, le développement des spécialités professionnelles semble justifié par la différenciation des problématiques, mais elle aboutit à la parcellisation des accompagnements et à des ruptures de parcours en contradiction avec le discours sur leur nécessaire continuité et globalité. A l'origine constitué d'un petit nombre de corps professionnels, assez homogène dans sa constitution, peu hiérarchisé (deux à trois niveaux), le secteur social et médico-social s'est progressivement structuré sur le mode de la division du travail. Au niveau des acteurs de terrain, des professionnels telles que celle d'éducateur spécialisé se sont vu attribuer la responsabilité de professionnels tels que les aides médico-psychologiques, les aides-soignants et parfois les moniteurs-éducateurs. Au niveau de l'encadrement se sont développées et hiérarchisées les responsabilités de service et de direction.

Mais c'est tout autant une augmentation de la taille des équipes pluridisciplinaires qu'on observe par différenciation des rôles auprès de l'utilisateur, au point que celui-ci peut être accompagné par 8 à 10 professionnels se réclamant d'une discipline ou d'un rôle différent. Quant aux directions générales, elles sont désormais subdivisées en responsabilités relatives aux ressources humaines, à la communication, à la logistique, à la qualité, etc.

Cette division du travail est sans doute inéluctable dans une perspective tendancielle au regroupement pour obtenir des économies d'échelle. Le secteur social et médico-social s'est constitué sur le mode artisanal à partir de micro-initiatives, alors que son contrôle requiert de la part de l'administration des moyens humains conséquents dans un contexte économique où les pouvoirs publics s'efforcent a contrario de réduire leurs coûts de gestion. Cependant, alors que la secrétaire-comptable de l'établissement assurait l'accueil, la comptabilité de base (paye, règlements et facturation), le secrétariat, la gestion des achats et la tenue des dossiers du personnel et des usagers, il n'est pas certain qu'on ait obtenu des économies d'échelle sensibles par le regroupement au siège de la fonction d'administration et la division consécutive des tâches. Et il est étonnant d'observer que d'une part en interne au siège et d'autre part entre le siège et les unités de travail auprès du public, la division du travail s'est accentuée alors que l'informatique permet aujourd'hui à la fois un partage dématérialisé des informations et le traitement automatique d'opérations comptables complexes, et que le niveau de qualification des personnels administratifs s'est significativement élevé.⁹

La division du travail a pris une autre forme au niveau des professionnels en contact avec le public. A l'instar des spécialités qui se sont multipliées dans le domaine sanitaire, les qualifications relevant de l'action sociale se sont développées, tels que aide médico-psychologique, aide-soignant, éducateur technique, moniteur-éducateur, ergothérapeute, neuropsychologue, conseillère en économie familiale, et des statuts sans qualification homologuée ont été créés, tels qu'auxiliaire de vie sociale ou auxiliaire de vie scolaire. Par ailleurs, des rôles sont devenus des fonctions, tels ceux de référent et de coordonnateur. L'une et l'autre répondent à la même nécessité sociale et fonctionnelle : rassembler une multiplicité d'informations décisionnelles sur un interlocuteur unique.

Coordinateur/référent

Ainsi le coordinateur est-il chargé de mettre en lien des professionnels dont l'activité auprès de la personne est sectorielle alors qu'elle doit conjointement s'inscrire dans une globalité pour prendre sens. Il concrétise le réseau que forme une pluralité d'acteurs par nécessité fonctionnelle. Ainsi en est-il du médecin coordinateur, chargé d'organiser les soins, de l'éducateur coordinateur en établissement médico-social, chargé de la diffusion de l'information relative au projet individualisé ; celui-ci est en effet mis en œuvre par une diversité de professionnels qui menace sa cohérence auprès de la personne et donc la continuité de son accompagnement. Mais ce n'est pas sans raison que le terme de référent est parfois employé pour la même fonction. La coordination rassemble pour unifier à l'intention d'une personne. Le professionnel qui l'assure devient donc son interlocuteur de référence, son référent. Cela témoigne de la trop grande multiplicité des acteurs autour de l'utilisateur puisque celui-ci ne semble plus en situation de concevoir par lui-même la globalité de l'action à son intention. Les usagers disent d'ailleurs la

⁹ Il est vrai cependant que la réglementation s'est fortement complexifiée et que l'obsession de la normativité et de la performance génère des procédures de traitement, de contrôle et de comptage, coûteuses en temps au détriment de... l'efficacité.

praticité d'une telle disposition, qu'ils s'agisse des parents d'un enfant handicapé pour lequel ils ont rencontré divers spécialistes, chacun tenant le discours de sa discipline, qu'il s'agisse des adultes atteints d'un accident vasculaire cérébral et qui rencontrent avant même leur sortie de l'hôpital le professionnel qui entreprendra avec eux à la fois les aménagements du domicile et les démarches d'ouverture des droits, qu'il s'agisse des usagers du service social polyvalent de secteur suivis par un professionnel chargé de traiter l'attribution d'un logement, le renouvellement de la carte de séjour, la couverture maladie, etc.

Notre société déploie donc des prodiges d'ingéniosité et une énergie considérable pour faire face à sa propre complexité. Au point d'oublier ce que la nécessité de cette référence ou coordination suppose de parcellisation de l'existence des personnes auxquelles elles sont dédiées. L'accompagnement des publics de l'action sociale souffre d'une insuffisante unité d'action, qui conduit ses professionnels à recréer de la transversalité pour préserver la globalité de l'existence de la personne, assurer une cohérence d'action à son intention.

On s'accorde à souligner la croissance des dispositions et du temps consacrés à cette coordination des acteurs, à déplorer la multiplication des instances de concertation. On en interroge l'efficacité tout en soutenant leur nécessité mais sans s'interroger sur l'insuffisance structurelle qu'elles supposent.

La focalisation de l'information sur l'un des acteurs, bien qu'elle vise la transversalité, la communication et la cohérence de l'action, renforce la division du travail. La coordination/référence devient une fonction alors qu'elle était définie à l'origine comme une simple tâche facilitatrice. Devenue fonction, elle sépare les individus plus qu'elle ne les relie. L'instauration d'un intermédiaire entre acteurs concernés par une même situation appauvrit ou/et déforme l'information d'origine, car le coordonnateur ne peut transmettre sans erreur les informations techniques d'un collègue d'une autre discipline.

Par ailleurs, la fonction déresponsabilise parce que l'économie de toute activité professionnelle tend à investir prioritairement le cœur de cette activité et à ne se préoccuper que secondairement de l'information utile à l'autre et de l'utilité de l'information qu'il est susceptible de nous transmettre. La coordination renforce cette tendance en désinvestissant les acteurs de leur responsabilité informative. Et les membres de l'équipe qui n'entretiennent plus de contact direct avec leurs partenaires auprès de l'utilisateur (les parents d'un enfant, le tuteur d'un adulte, le moniteur d'atelier d'un travailleur) ne peuvent investir la collaboration et évaluer la façon dont est appréhendé leur point de vue en sorte de l'ajuster sur un mode interactif.

Individualisation et spécialisation

La parcellisation de l'action auprès de l'utilisateur sous le double mode de l'individualisation et de la spécialisation des interventions doit être considérée au regard de la catégorisation croissante des problématiques des personnes dites vulnérables. On peut y voir d'abord un progrès, le souci d'une adaptation aux spécificités de ces problématiques. Il faut cependant s'interroger sur le sens de la catégorisation même. Pierre Bourdieu rappelle qu'anthropologiquement elle consiste à fonder une différence catégorique, à énoncer ce que n'est pas une personne¹⁰. Créer un accueil spécifique aux personnes avec des troubles autistiques c'est, tout autant que leur offrir un environnement adapté, les écarter (au moins partiellement) de leurs pairs d'âge pour des enfants

¹⁰ Une fille n'est pas un garçon, un adulte n'est pas un enfant, un familier n'est pas un étranger, un humain n'est pas un animal.

ou des adolescents ou de leurs pairs de statut social pour des adultes. Autrement dit on prend l'option de la spécialisation et de la compensation et non l'option de l'intégration et de l'accessibilité, du maintien en milieu de vie ordinaire avec les aménagements que cela implique et l'obligation sociétale pour tout un chacun de rencontrer des manifestations de la différence parfois problématiques.

Il ne s'agit évidemment pas de dénier la difficulté du maintien en milieu de vie ordinaire au regard de certaines manifestations pathologiques. Ni d'ignorer les dispositions permettant ce maintien alterné avec des séquences en milieu spécialisé. Ainsi en est-il du maintien à domicile de personnes atteintes d'Alzheimer ou lourdement invalidées à la suite d'un accident de santé, maintien rendu possible par la visite quotidienne ou pluriquotidienne de professionnels spécialisés ainsi que par le remplacement de l'aidant familial durant des périodes de répit. Ainsi en est-il de l'accueil de personnes polyhandicapées, jeunes ou adultes, pour quelques nuits, le week-end ou sur une période de vacances. Ainsi en est-il des accueils séquentiels, des hospitalisations temporaires, des séjours de rupture pour des jeunes présentant une extrême instabilité comportementale ou nécessitant des sorties du milieu de vie lors d'épisodes de troubles aigus.

Cependant, à l'inverse, on observe que la scolarisation en école de référence ne s'est pas traduite par le développement d'une pédagogie différenciée, modulée en fonction des capacités des élèves et considérant l'hétérogénéité d'un groupe d'âge au sein d'une classe, mais par l'adjonction d'auxiliaires de vie scolaire auprès des jeunes avec un handicap, disposition qui relève plus de la compensation, avec ses risques de stigmatisation, que de l'accessibilité conçue sur le mode de mesures adaptatives de l'environnement.

A l'inverse également, on observe que certains jeunes ne trouvent même pas leur place au sein de l'éducation spécialisée, écartés d'établissements en services du fait des difficultés particulières qu'occasionnent leurs comportements, ce qu'authentifie le qualificatif d'incassable employé à leur égard.

A l'inverse toujours, on observe que les établissements médico-sociaux pour l'enfance ne voient quasiment pas leur effectif se réduire malgré l'indiscutable mouvement de scolarisation en école ordinaire des jeunes avec un handicap. Une catégorie de population est en train de remplacer une autre comme le montrent le développement des ITEP et l'évolution des IME de la déficience intellectuelle vers les troubles de la personnalité et les troubles associés recouvrant généralement des comportements insupportés à l'école et/ou en famille.

Effets de catégorisation

Je fais ici l'hypothèse que, pour améliorer la continuité des parcours proposés aux itinéraires de vie des personnes, il faut inverser le mouvement de catégorisation des problématiques qui multiplie les dispositifs, réduit leur compatibilité et donc accentue la difficulté d'orientation après un séjour en établissement ou l'accompagnement par un service compte tenu d'un manque de places appropriées dans un rayon relativement proche. La spécialisation de la réponse accroît par ailleurs le risque d'incompatibilité de l'établissement ou du service à l'évolution de la problématique de la personne comme on l'observe aujourd'hui dans le vieillissement des personnes avec un handicap, les épisodes aigus de troubles psychiques ou les manifestations comportementales socialement insupportées.

Au sein des établissements médico-sociaux, les groupes de niveau ou de problématiques redoublent la catégorisation à l'origine de l'orientation en milieu spécialisé. Ecartés de leurs pairs en milieu ordinaire du fait de leur différence, les jeunes sont de nouveau distingués selon leurs

capacités et/ou leurs comportements. Différents du commun, ils sont appréhendés dans une différenciation redoublée. Première différenciation du commun, leur accueil spécialisé la reproduit en interne, renouvelant la recherche d'une homogénéité illusoire, oublieuse de la dimension fondamentalement hétérogène de l'humain.

Il ne s'agit évidemment pas d'ignorer les différences de capacités et de troubles en imposant une réponse uniforme à des besoins qui se distinguent sous certains aspects. Mais une fois encore, on privilégie des réponses homogènes en différenciant les problématiques plutôt que de privilégier l'appartenance au commun en offrant des réponses qui prennent en compte l'hétérogénéité de l'humain. En privilégiant au sein des établissements spécialisés les groupes de niveaux ou/et de problématiques sur les groupes d'âges, c'est la perspective d'une approche différenciée qu'on écarte : offrir la possibilité de grandir au sein d'un groupe de pairs d'âge, au travers de conduites éducatives différenciées selon les problématiques et de progressions pédagogiques différenciées selon les capacités¹¹, penser l'hétérogénéité des capacités et des sociabilités au sein d'un vivre ensemble.

Plus globalement, c'est sur la base de l'hétérogénéité qu'il faut penser les accompagnements spécialisés en établissement et non sur la base de différenciations qui reproduisent l'exclusion des personnes concernées des organes collectifs de socialisation ordinaires. Cela suppose des équipes professionnelles polyvalentes, doublement adaptatives à l'hétérogénéité des besoins des usagers et à leur évolution au fil du temps. Des équipes qui partagent un sentiment d'appartenance interdisciplinaire, l'initiative et la maîtrise d'un projet, dotées d'une autonomie de réalisation, minorant les différenciations corporatives tout en distinguant les fonctions, modulant leurs ressources en fonction des configurations formées par les problématiques et leur évolution.

Ainsi en est-il de ces projets qui, du fait de la contrainte des distances en zone de faible densité de population, pensent un accueil polyvalent de jeunes rencontrant des difficultés de comportement, des troubles de la personnalité, des échecs d'apprentissage, des déficiences acquises. Concevant d'une même main accueil collectif et projet personnalisé, ils ne pensent pas l'accompagnement comme relevant essentiellement de relations duelles avec les adultes. Ils investissent avec eux le vivre ensemble, l'appartenance à un groupe de pairs d'âge, le considérant comme une médiation éducative, pédagogique et thérapeutique, un espace de relations horizontales, pas nécessairement sous le regard de l'adulte, qui permet des plages d'isolement, des temps d'activités sans autre motif que de se vivre soi avec d'autres.

Le projet personnalisé n'y est pas conçu comme l'individualisation de l'accompagnement¹² mais d'une part comme une posture relationnelle différenciée pour chaque jeune au sein d'un groupe appréhendé collectivement, d'autre part comme des temps délimités, concentrés sur un aspect de leur problématique. Les objectifs y sont pensés comme des leviers qui susciteront des remaniements d'ensemble pourvu qu'on laisse au jeune suffisamment de latence pour qu'il s'en empare¹³, qu'il en tire des stratégies suppléantes au regard de ses difficultés, au-delà de l'attente des professionnels à son entour. Cette articulation du vivre ensemble et de temps spécifiques à la problématique du jeune rejoint la perspective de la thérapie institutionnelle : les professionnels ne

¹¹ La pédagogie Freinet notamment avec ses fiches autocorrectives offre aux enfants la possibilité de progresser de façon relativement autonome tout en appartenant à un groupe classe avec ses activités collectives.

¹² Il est étonnant de constater que des jeunes qu'on dit en difficulté relationnelle et instables compte tenu de la discontinuité de leur parcours sont sollicités par un grand nombre d'adultes dans des situations spécialisées et donc intenses en attentes sociales et psychoaffectives qu'elles supposent.

¹³ Et peut-on penser autrement les objectifs poursuivis avec des adultes !

sont pas soignants en eux-mêmes mais l'environnement qu'ils forment et que médiatise le groupe de pairs d'âge.

Cela implique évidemment des espaces délimités, des équipes interdisciplinaires suffisamment restreintes pour être familières aux jeunes accompagnés, dans un dispositif d'ensemble cohérent en sorte que la notion de parcours y soit employée comme une indication réfléchie et non réactionnelle à des difficultés qui n'ont pas été affrontées.

Autre exemple, celui de professionnels d'ITEP confrontés aux limites de leurs accompagnements respectifs. Supposant l'illusoire d'une hyperspécialisation, d'une énième structure plus encadrée, d'une initiative dite novatrice, ils décident plutôt de mutualiser leurs ressources pour offrir ensemble une surface de projection des affects plus modulable, plus diversifiée et répartissant donc mieux leur intensité, plus adaptable à la complexité des troubles et à leur caractère évolutif : internat, semi-internat, SESSAD, accueil familial spécialisé mais aussi centre social, mission locale, internat scolaire, unité d'enseignement et intégration en classe ordinaire ou en classe intégrée spécialisée. La situation de chaque jeune est pensée au sein d'un collectif avec des espaces de dégagement disponibles, en sorte qu'il ne se mette pas en échec au sein de son cadre de vie principal, qu'il y élabore sa problématique au travers d'expériences, d'événements, d'opportunités relationnelles.

Là aussi, il importe que ce dispositif soit conçu avec une forte cohérence au niveau des professionnels afin d'être résistant, sécuritaire, en sorte que le jeune sache pouvoir l'atteindre, le dérouter, le bousculer, sans pour autant menacer sa pérennité. La permanence de la relation qu'il incarne, l'unité de sens, *a contrario* de la discontinuité de son existence, est formée par l'interdisciplinarité qu'y partagent les professionnels. Je songe en l'occurrence à la notion de moi-peau de Didier Anzieu en ce que le groupe, l'environnement relationnel familial d'une personne lui renvoie la singularité de son existence, la concrétise et la densifie par les interactions qu'il développe avec lui.

Evidemment cette conception polyvalente implique des formes de déspecialisation des professions au sens où il faut dépasser, au moins partiellement, les cloisonnements selon lesquels l'éducateur encadre en internat ou anime des activités, le psychologue écoute la parole dans son bureau, le psychomotricien ou l'orthophoniste rééduque dans sa salle, l'enseignant fait la classe à un groupe de niveau ou assure des séquences de soutien scolaire. Peut-être faut-il retrouver un certain esprit des mouvements d'éducation populaire et des établissements issus de la Libération. Les professionnels y étaient moins spécialisés dans une fonction ou dans une autre, ils partageaient plus de moments collectifs, de temps de vie quotidienne. Ils étaient embarqués dans une aventure collective que l'interdisciplinarité – et non pas la seule pluridisciplinarité - devrait renouveler aujourd'hui.