

La démarche qualité et son management dans les établissements médico-sociaux : au service des pratiques professionnelles et de la bientraitance pour l'usager ?

Agnès Forzano Debast

▶ **To cite this version:**

Agnès Forzano Debast. La démarche qualité et son management dans les établissements médico-sociaux : au service des pratiques professionnelles et de la bientraitance pour l'usager ?. Education. 2014. dumas-01061199

HAL Id: dumas-01061199

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01061199

Submitted on 5 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La démarche qualité et son management dans les établissements médico-sociaux :

Au service des pratiques professionnelles et de la bientraitance pour l'usager ?

Mémoire Master 2

Parcours EREFA (Etude, Recherche, Expertise en formation d'Adultes)

Agnès FORZANO DEBAST

Année universitaire 2013-2014

Sous la direction de

Marie Christine Vermelle

Maître de conférences en Sciences de l'Education

REMERCIEMENTS

*A **Marie-Christine Vermelle,** directrice de mémoire, sans le soutien de laquelle ce travail de recherche n'aurait pu être mené avec autant de pertinence et de résonnance tant sur le plan professionnel que personnel.*

Aux professionnels du collège Simone de Beauvoir (ex- Léon Blum) de Villeneuve d'Ascq : équipe de direction, équipe pédagogique au sens large, agents techniques, sans la contribution de laquelle ce projet de recherche n'aurait pu être mené à son terme.

Aux professionnels des structures médico-sociales qui constituent les terrains d'enquête, pour leur accueil, leur disponibilité et leur contribution fructueuse à ce travail de recherche.

« Les certitudes définitives ne sont que l'expression de l'ignorance ».

Henri Laborit

Sommaire

INTRODUCTION 5
CHAPITRE I : CONCEPTION, PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENTS 14
A. Essai de conceptualisation 14
I. D'une logique de la démarche qualité à une posture d'amélioration de la qualité du service 14
II. Le renforcement du droit des usagers et la prévention de la violence institutionnelle 20
III. Bientraitance et qualité 27
IV. Le management par la démarche qualité 33
B. Problématique et questionnements 42
I. Problématique 42
II. Questionnements 44
CHAPITRE II : METHODOLOGIE 48
A. Construction de l'objet et les hypothèses de travail 48
B. Analyse des écrits dans les établissements 50
I. Le cadre de l'enquête 50
II. Les débats dans les établissements 59
C. Positionnement méthodologique et paradigmologique 63
I. La phase exploratoire 65
II. Le choix de la démarche 69
III. Le recueil de données 71
CHAPITRE III : RESTITUTION DES RESULTATS 79
A. Analyse du sens donné aux concepts clés 79
I. La qualité 79
II. Bientraitance 82
III. La violence institutionnelle 86
B. Animation et management 91
I. Politiques et procédures mises en œuvre dans le cadre de la démarche qualité. 91
II. Management en anticipation et prévention des risques possibles. 99
III. Animation de l'équipe pluridisciplinaire 103
C. Eléments déterminants 113
I. Les liens entre qualité et bientraitance 114
II. Trajectoire des acteurs 116
CONCLUSION 124
BIBLIOGRAPHIE 126
OUVRAGES 126
ARTICLES 127
ANNEXES 130

INTRODUCTION

À l'origine de mon inscription en Master Recherche en Sciences de l'Éducation, se trouve une volonté, une absolue nécessité de synthétiser, de mettre en forme, de prendre du recul, vis-à-vis de ce que je considère comme un long parcours au sein de l'Education Nationale.

Attirée très tôt par les activités orientées vers l'aide aux « personnes », je me souviens avoir prononcé à l'occasion d'un entretien avec la conseillère d'orientation de mon lycée, que la seule chose qui m'intéressait, que mon projet de vie ne pourrait que se nourrir de mes relations et de la prise en compte des « gens » : j'avais alors dix-sept ans. Je me souviens également avoir répertorié, au titre des professions dans lesquelles je sentais une projection possible, les métiers d'assistante sociale, d'institutrice, de professeur, de directrice (Éduquer, Soigner et Gouverner, ces 3 métiers impossibles…), et d'avocate. Quelle était la part de l'influence du vécu de la prime enfance dans ces choix ? Il est impossible de la déterminer avec précision. Mais il est évident qu'elle fut, probablement nourrie par un impérieux besoin de réparation au travers de ma réalisation personnelle.

L'Humain, ainsi que toutes ses déclinaisons, dans un tel contexte, ne pouvait que constituer un élément constitutif de ce qui serait, et est devenu, ma personnalité d'adulte, tout au moins dans la part exprimée au travers de mon inscription dans le groupe social.

Cette caractéristique, ce penchant pour l'humain s'est très rapidement vu doubler par des préoccupations d'ordre social. Née dans la ville de Roubaix, et y ayant vécu et travaillé jusqu'à mes trente ans, je fus marquée par les problèmes liés à l'intégration, successifs à l'émigration. Moi-même, fille de français d'Algérie d'origine méditerranéenne venus en France pour fuir la guerre et trouver du travail, je comprenais d'autant mieux la problématique liée à ce phénomène pour l'avoir personnellement vécue. Je fus familiarisée précocement avec les questions de justice, de conscience de classe et d'injustice sociale. C'est donc très naturellement que je cherchai à m'inscrire dans une dynamique personnelle, au travers du choix d'une profession, sous tendue par une recherche idéologique visant à modifier l'ordre social établi, à améliorer « le Système » et à réduire les inégalités. C'est au travers de l'École, encore à cette époque symbole d'ascenseur social, de la place que j'y

occuperais, que je pensais pouvoir répondre à mes aspirations et satisfaire un idéal de vie.

Par le plus pur des hasards, j'ai entamé ma carrière d'enseignante dans une classe de ce que l'on nommait à l'époque, Section d'Enseignement Spécialisé, ancêtre de l'actuelle Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté, type de structure que je dirige aujourd'hui. Un lieu d'exercice très surprenant pour une enseignante débutante car déconnecté des « canons de la gestion de classe » classiques enseignés à l'Ecole Normale. Ce lieu d'exercice se révéla cependant approprié, notamment en ce qu'il constituait le lieu d'expérimentation idéal des théories sur le développement de l'enfant, découvertes avec un plaisir intellectuel fait d'étonnement, de curiosité et de jubilation lors de ma formation initiale. Il m'apparut très vite, que la quête qui m'animerait lors de l'exercice du métier d'enseignante serait « d'apprendre à apprendre à ceux qui ne fonctionnent pas comme les autres. » Après quelques années d'exercice en tant qu'institutrice de cycle III dans une école d'un quartier de ma ville natale, (CE2-CM1-CM2 à l'époque de la loi d'orientation Jospin du 10 juillet 1989 qui modifie le fonctionnement du système éducatif français), je me dirigeai alors vers l'enseignement spécialisé, dont les missions essentielles en 1996, n'étaient pas encore en France organisées autour des impératifs inclusifs qui le pilotent aujourd'hui. J'y trouvai durant de nombreuses années un outil professionnel propice à l'engagement, à la réflexion, au travail en équipe, autour de la prise en compte de la personne de l'élève, et de la recherche de solutions adaptées, en vue de la facilitation et de l'amélioration des conduites scolaires de publics en difficulté.

Tout d'abord Institutrice éducatrice, au sein d'une École Régionale du Premier Degré, établissement dont la mission est de scolariser en internat des enfants « dont les familles exercent des professions à caractère non sédentaire, ou se trouvant en difficultés financières momentanées »[1], j'ai pleinement pris conscience que ce qui était demandé à l'Ecole dépassait largement la représentation que je m'étais faite du métier d'enseignant. Il ne s'agissait plus de transmettre prioritairement « les savoirs fondamentaux » comme les injonctions officielles voulaient et veulent encore le laisser croire. Cette volonté consistant à revenir aux priorités fondamentales de l'Ecole (lire, écrire, compter), ne faisait que masquer une tout autre réalité vécue de

[1] Décret n°93-723 du 29 Mars 1993

l'intérieur du système : la fonction essentielle que les enseignants ont réellement à remplir, à jouer, à produire dans l'équilibrage d'une société est une fonction de contention. Cette affirmation tout à fait personnelle est produite dans le cadre de référence que constitue l'enseignement spécialisé. Et il ne s'agit pas que de contenir les élèves : dans le registre des référentiels de compétence des enseignants spécialisés[2], il est inscrit qu'une mission de relation et de partenariat avec les familles doit être engagée. Or, le travail avec les familles dans le cadre du projet individuel de l'élève en difficulté ne peut faire l'économie de la prise en compte des difficultés de leurs parents. Je me posais alors la question d'un plus juste et nécessaire rééquilibrage entre enjeux pédagogiques et enjeux sociaux au sein des établissements d'enseignement.

L'exercice d'une nouvelle fonction au service de l'Education Nationale, celle d'enseignante Spécialisée chargée des Aides à dominante pédagogique dans le cadre d'un RASED (Réseau d'Aides aux Elèves en Difficulté)[3] m'a permis de faire l'expérience douloureuse de la violence exercée par l'institution envers les professionnels. Si la nature même de la mission impartie aux maîtres chargés de la remédiation cognitive ne pouvait que converger vers les principes idéologiques qui avaient toujours soutenu mes engagements professionnels, (permettre aux enfants présentant des difficultés d'ordre émotionnel, intellectuel ou corporel d'apprendre malgré tout, en fonction de leurs capacités, de leurs potentialités et de leurs disponibilités) je découvris des conditions d'exercice déconcertantes qui constituaient autant d'entraves à l'atteinte des objectifs fixés. Le sens et la cohérence de mes actions se trouvaient dilués dans un fonctionnement mécanique que je me devais de faire exister pour occuper l'espace qui m'avait été attribué sans aucun moyen financier. Je compris très rapidement que ce réseau semblait représenter une construction dérangeante pour bon nombre d'acteurs gravitant autour de lui. Si j'avais accepté les contingences matérielles afférentes à ce type de poste, dont notamment une très forte mobilité géographique, j'avais des difficultés à admettre la maltraitance symbolique exercée en direction des personnels y exerçant. Sans soutien réel de la structure « porteuse », les membres des Réseaux d'Aides cristallisent le plus souvent les malaises ou les rancœurs d'un corps professionnel,

[2] Circulaire n° 2004-026 du 10-02-2004

[3] Circulaire n° 90-082 du 9 avril 1990)

celui des enseignants, que je continuerai pourtant toujours à soutenir, tant leur exercice est difficile. Cette précision est d'autant plus importante qu'il ne s'agît pas pour moi de rejeter une quelconque responsabilité sur le corps professionnel dont je suis issue, que je sais attaqué, rendu responsable de tous les maux, à qui l'on demande de répondre à tous les besoins éducatifs d'une société en manque de repères. Ce ne sont pas les acteurs qui sont en cause mais bien le postulat institutionnel qui instaure la cohabitation au sein d'une même structure, l'Ecole, de deux systèmes de valeurs qui ne se superposent pas. Le temps de la remédiation cognitive n'est que bien peu compatible avec la prégnance des programmes et du temps scolaire : démarche qualitative d'un côté, démarche quantitative de l'autre. Comment de telles différences de conception de l'enfant pourraient elles vivre harmonieusement dans le contexte néolibéral imposé aujourd'hui à nos structures d'éducation, soumises et promises à de nouveaux systèmes d'évaluation ? Devant la difficulté à gérer un corps professionnel en marge de l'institution, cette dernière semble avoir délibérément opté pour une totale réorganisation des Réseaux d'Aides en gommant progressivement leur spécificité par assimilation avec d'autres enseignements individualisés. Cette option prise par l'institution aura au moins le mérite de ne plus exposer un corps professionnel à bon nombre de désagréments, induits par un dysfonctionnement structural, une défaillance constitutionnelle au niveau de la conception du système mis en place dans le cadre de l'aide aux élèves en difficulté. Il n'en demeure pas moins qu'en procédant ainsi le système éducatif se prive d'un regard tout à fait original, critique mais constructif et innovant sur le traitement de la difficulté à l'école. Je ne peux que me réjouir d'avoir découvert en m'y formant et en la pratiquant, une approche réfléchie et réflexive du traitement de la difficulté d'apprentissage s'appuyant sur des fondements théoriques étayés et une pratique riche d'enseignements au quotidien. En matière de remédiation cognitive, il appartient à chaque professionnel de construire sa propre démarche, ses propres outils, de procéder à des observations, de mener des investigations, de poser ses hypothèses, de suivre un protocole le plus rigoureux possible, véritable garde fou contre toute dérive, et ce dans un cadre d'interventions soutenu par des références théoriques. Si cette démarche me semble présenter certains points communs avec celle du chercheur, la même extrême prudence reste de mise dans le déroulement des actions. Ethique, respect devant demeurer les maîtres mots de tout engagement impliquant l'autre, le traitement de sa parole et son devenir.

C'est dans ce contexte que j'appréhendai un nouveau glissement professionnel. J'avais occupé pendant plus de quinze ans des postes d'enseignante dans des structures très diverses. L'expérience acquise dans ces différentes fonctions, la capacité à faire travailler ensemble des professionnels issus de divers horizons autour de l'élève en difficulté, le goût de l'exercice des responsabilités m'ont incitée à préparer le Diplôme de Directeur d'Etablissement d'Education Adaptée et Spécialisée[4] à l' Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés (INSHEA de Suresnes). Choisir de diriger une organisation éducative ne constitue pas un choix anodin : il sous tend une force de conviction et un réel changement de posture pour servir l'Education Nationale différemment. Ce changement s'est amorcé à l'analyse rétrospective d'expériences professionnelles spécifiques. Il s'est poursuivi dans le cadre de cette formation et encore aujourd'hui, il est loin d'être achevé. Observation, examen compréhensif des fonctionnements des structures et des personnes, familiarisation avec de nouveaux environnements institutionnels ont bousculé mes certitudes et m'ont surtout déstabilisée : peut-on dire sans diffamer, en toute objectivité que les structures de prise en charge de la difficulté (mentale, motrice, psychique, sociale….) constituent en elles-mêmes un vivier de maltraitance institutionnelle, symbolique ou avérée ? S'il m'est possible aujourd'hui de répondre positivement à cette question, dans une sérénité toute relative, l'on peut aisément imaginer l'immense désarroi dans lequel la découverte de ce phénomène et de ses manifestations a pu me plonger dans le cadre de cette formation.

Je sais maintenant, dans la perspective de la recherche que j'ai choisie de mener dans le cadre de ce master, que le constat de violences dans les structures d'accueil et de soins ne date pas d'aujourd'hui puisque Saint Vincent de Paul dénonçait déjà les conditions d'accueil des orphelins et des enfants abandonnés, à l'origine d'une mortalité de plus de 90%. (M.Créoff, 21 juin 2001). Aussi, avec la mise en évidence du mauvais traitement à enfant, s'est développée la reconnaissance officielle des processus de violence au sein des institutions chargées de les soigner et de les protéger, cette notion de « Violence Institutionnelle» ayant été présentée, pour la première fois en 1982, à l'occasion de travaux menés par Stanislas Tomkiewiecz, neuropsychiatre et alors directeur de l'INSERM et Pascal Vivet,

[4] DDEEAS arrêté du 19 février 1988

directeur d'un établissement spécialisé. Depuis, la connaissance et l'analyse de violences institutionnelles s'affinent et l'action des pouvoirs publics se confirme dans ce domaine. Je citerai pour exemple la circulaire du 5 mai 1998, du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, demandant aux Directions Départementales des Affaires sanitaires et sociales, d'informer l'administration centrale de toutes les affaires de violence commises dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs handicapés. Mais la pression de la loi du silence, la pratique consciente ou inconsciente de la dénégation, la force de l'habitude, la résignation face au phénomène sont toujours à l'œuvre malgré les injonctions législatives. D'aucuns s'en émeuvent. Ainsi, le rapport de Claire Brisset en 2004[5], ne préconise-t-il pas de « *confier à l'institution du Défenseur des enfants une mission d'audit et d'alerte sur le fonctionnement des institutions de protection de l'enfance, avec les pouvoirs d'investigation nécessaires.*» Cette préconisation se voyant doublée d'une proposition « *d'assurer l'effectivité des contrôles prévus par la loi* ». La question est encore loin d'être réglée. Tout au moins a-t-elle le mérite d'être portée sur la scène publique.

C'est dans ce contexte de prise de conscience institutionnelle et forte de mes convictions que je pris la direction de la structure que je dirige encore aujourd'hui. L'exercice de la fonction de directrice adjointe chargée de la Segpa[6] (Section d'Enseignement général et Professionnel Adapté) me permet d'exercer la mission que j'avais choisie d'assumer : encadrer une structure destinée à l'éducation adaptée aux élèves qui présentent des difficultés scolaires. Gérer la Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté en tant que membre de l'équipe de direction du collège, assumer la responsabilité de la structure tant sur le plan technique que sur le plan pédagogique représente un défi qu'il me fallait relever parce qu'il concrétise des convictions révélatrices d'un engagement militant. Cela nécessite de convaincre, d'argumenter autour d'objectifs communs qui trouvent leur raison d'être dans la législation officielle en vigueur. Les contacts développés et entretenus avec les différents membres de la communauté éducative élargie : parents, partenaires sociaux, partenaires extérieurs des projets mis en œuvre au sein de la structure,

[5] Rapport annuel du défenseur des enfants au Président de la république et au Parlement, source www.defenseurdesenfants.fr

[6] Circulaire d'orientation n°89-036 du 6 février 1989

nécessitent une grande disponibilité doublée d'une grande écoute. L'intérêt du travail relationnel à mettre en place au sein de la Segpa et a fortiori au sein du collège relève de la capacité à faire travailler ensemble des professionnels issus de divers horizons. La question de la lutte contre la violence institutionnelle est plus que jamais prégnante. Il s'agit de mobiliser les professionnels sur le sens, la cohérence et les finalités de leurs actions dans un contexte de crise économique et de refondation du système éducatif.

Adepte du concept de « Formation tout au long de la vie », c'est tout naturellement que je me retrouvai sur les bancs de l'Université guidée par un souci d'investissement dans un nouveau secteur professionnel, qui me permettrait certes de tirer parti de mes expériences acquises, mais surtout de renouveler le public destinataire de mon exercice, voire même la posture que je souhaiterais pouvoir adopter dans les années à venir vis à vis de tous les phénomènes en lien avec les Sciences de l'Éducation. Si mon désir de conversion professionnelle m'avait, un instant, fait envisager une spécialisation dans le domaine de l'Ingénierie de la Formation, je ne peux que me réjouir d'avoir opté pour l'option Recherche. Durant les mois écoulés, la familiarisation avec un nouvel univers, m'a en effet permis d'exercer mon incontournable besoin de satisfaire une insatiable curiosité. Curiosité vis à vis de l'environnement, vis à vis des interactions humaines, exprimée sous la forme d'une pulsion de vie sans cesse renouvelée. Réponse à un besoin de mobilité physique (ou tout au moins de changement de cadre) et intellectuelle.

Le choix de l'objet de ma recherche est guidé par mes orientations politiques. Il découle directement de ma trajectoire, de mes valeurs, des expériences et projets personnels que je viens d'évoquer. J'ai délibérément abordé la violence institutionnelle par le biais de la démarche qualité exigée dans les établissements à caractère social et médico-social conformément à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale, d'abord parce-que c'est un thème que j'ai découvert dans ma formation de directrice et que je souhaite approfondir, ensuite, parce qu'il m'a permis d'enquêter sur des lieux extérieurs à mon activité professionnelle actuelle et évacuer ainsi une large part de ma subjectivité de chercheur.

Dans la première partie de ce travail, qui pose le cadre conceptuel de la recherche, j'ai volontairement défini la qualité comme un «objet frontière», selon la

conception de Callon et Latour en 2002[7], afin de pouvoir **interroger la démarche qualité, exigée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 dans les établissements médico-sociaux, comme processus de management volontaire au service de la bientraitance**. La place réservée au traitement de cette question constitue à mes yeux, on l'aura compris, un véritable choix, quant à une politique d'établissement plus globale : celle que je souhaiterais pouvoir inscrire au cœur d'un projet d'établissement ou de service, en direction de la place du sujet et non de l'objet que représente, l'usager porteur ou non de handicap, l'élève qui relève des «besoins éducatifs particuliers».[8]

Plus précisément, le travail de recherche se base sur l'hypothèse générale selon laquelle **construire une démarche qualité c'est aussi préserver la qualité de vie et prévenir la violence institutionnelle.** Est-ce que la démarche qualité contribue à la prévention de la violence institutionnelle dans les établissements médico-sociaux ? Dans cette question, deux variables sont clairement identifiées : **la violence institutionnelle à l'égard des usagers** à croiser **avec le management des professionnels à visée d'adhésion des salariés**. Sur le plan de la méthodologie utilisée, présentée dans la deuxième partie de ce travail, il a fallu tenir compte de la nécessité de saisir la représentation qu'ont les acteurs de la démarche qualité : l'analyse de la traduction faite par ces acteurs de cette démarche en regard des exigences institutionnelles, pour mettre en exergue les tensions entre la prescription de la tâche, la renormalisation par les acteurs et la réalité de l'activité. Aussi, pour éprouver la validité de mon hypothèse, j'ai fait le choix d'enquêter au sein d'établissements à caractère médico-social partenaires, avec lesquels j'ai coutume de travailler. J'ai été accueillie dans deux structures très différentes qui évoluent dans des sphères indépendantes: un établissement médico-éducatif sous la tutelle des « Papillons blancs », l'IME « Albertine Lelandais » de Villeneuve d'Ascq ; une résidence service qui héberge des adultes handicapés sous la tutelle d'une petite association familiale « Un toit et Moi » située à Mouvaux. L'intérêt de ces terrains d'enquête variés réside d'abord dans le lien de plus ou moins grande dépendance avec l'association tutélaire, ensuite dans l'histoire et l'évolution des

[7] Cités par Granjou, C., & Mauz, I. (2009). Quand l'identité de l'objet-frontière se construit chemin faisant. *Revue d'anthropologie des connaissances*, *3*(1), 29-49.

[8] Circulaire n° 2013-060 du 10-4-2013

établissements en regard de l'exigence de la qualité ; enfin dans la diversité des objectifs poursuivis.

Les éléments de réponse et de savoirs issus de la démarche de recherche, présentés en dernière partie, permettent de repérer les pratiques en cours en termes d'approche de la qualité développées par les directeurs de ces établissements, ainsi que les représentations des professionnels en termes de lutte contre la violence institutionnelle. Les constats, les ouvertures et les nouvelles questions issues des données recueillies montrent les apports mais aussi les limites des perspectives de cette recherche.

CHAPITRE I : CONCEPTION, PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENTS

Ce premier chapitre a pour ambition de poser le cadre théorique du travail effectué: les concepts de « Qualité », « Bientraitance » et « Violence Institutionnelle » y sont définis dans le contexte des institutions éducatives, médico-sociales, dans la perspective de la construction de l'objet de la recherche, ceci afin de mieux comprendre la problématique et les questionnements qui en découlent.

A. Essai de conceptualisation

L'examen du contexte socio économique et législatif de l'étude permet de comprendre l'origine du renforcement des droits des usagers et l'inscription dans la loi de l'amélioration continue de la qualité du service. La définition de la notion de « bientraitance », en regard de la violence institutionnelle de façon générale et de la souffrance au travail plus particulièrement permet d'interroger la démarche qualité, comme « objet frontière », selon la conception de Callon et Latour, processus de management à visée d'adhésion des salariés.

I. D'une logique de la démarche qualité à une posture d'amélioration de la qualité du service

1. La qualité : un concept à définir

Le terme de qualité, a fait l'objet de glissements sémantiques successifs, que la consultation du *Trésor Informatisé de la Langue Française*[9] fait apparaître. (Cf. :tableau annexe 1) : ce qui se dégage néanmoins de l'analyse des contextes d'utilisation et des significations successives attribuées à la notion de qualité, c'est que ce terme , dont on trouve les premières occurrences latines dans les écrits de Cicéron, a été utilisé dans un premier temps, pour désigner les caractéristiques, bonnes ou mauvaises, d'une chose ou d'une personne puis, dans un second temps,

[9] www.atilf.atilf.fr

s'est paré intrinsèquement d'une valeur positive, puisqu'il devient alors synonyme de « haut rang », de condition sociale élevée.

C'est son emploi pour qualifier des biens et des produits de consommation, qui a entraîné progressivement l'usage de ce terme dans le champ de l'économie de marché, où il désigne alors, la valeur appréciée d'un produit du point de vue du consommateur. Il fait alors son entrée dans le lexique du droit commercial, où il se trouve rapidement associé à la notion de contrôle, puis dans celui des publicitaires et des gestionnaires, l'associant progressivement à la notion d'excellence.

Alors que s'établit clairement un rapport entre la notion de qualité d'un produit ou d'une prestation et son prix de vente, c'est en 1976 que le terme fait son apparition dans le champ sociologique et politique, lorsqu'est créé un Ministère de la Qualité de la Vie, se préoccupant principalement de questions liées à l'Environnement.

Il faudra attendre 1981 pour que le terme apparaisse dans le champ lexical de l'organisation sociale au travers notamment de l'émergence des Cercles de Qualité, et qu'il se trouve défini par l'International Organisation for Standardisation (ISO) de la façon suivante : « *ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* »[10].

Le concept de qualité, à la lecture de ce qui précède, a donc fait l'objet de multiples glissements sémantiques; en effet, s'il continue à porter une valeur proche de son sens premier, il semblerait que son appropriation par les secteurs de production l'ait conduit à s'appliquer, comme le souligne Jean René LOUBAT (mars 2006), à l'ensemble des produits, au sens de la norme ISO 9000, « *le produit étant le résultat d'activités ou de processus*» et l'ait fait entrer, en lui conférant une fonction de réponse à un besoin, dans une logique de marché bien éloignée de son acception linguistique initiale.

[10] Norme ISO 9001 qui définit le management de la qualité par l'entreprise (1987)

2. De la qualité à la démarche qualité

Bien qu'intimement mêlés, les deux concepts diffèrent en ceci que le premier renvoie à **une fonction visant à caractériser une personne, un bien ou un service,** alors que le second désigne clairement quant à lui **un processus volontaire**. La démarche qualité est une notion du système de gestion de la qualité. Elle constitue principalement **une démarche de management.**

Elle s'applique à tout type d'organisation, publique, privée, associative, commerciale, partout dans le monde. Elle repose actuellement sur la Norme ISO 9001 et la certification à laquelle elle est associée, suppose la mise en œuvre périodique d'un audit externe. Introduite dans le secteur industriel, la démarche qualité s'est étendue à l'ensemble des domaines, notamment à celui des services.

3. De la démarche qualité à la notion d'amélioration continue de la qualité du service

De manière plus large, la gestion de la qualité correspond à l'ensemble des activités qui concourent à **l'obtention** de la **qualité** dans un cadre de production de biens ou de services. Ce mode de gestion s'appuie sur la recherche de l**'efficience**, à savoir la recherche d'efficacité fondée sur une utilisation raisonnée et économe des ressources permettant de surcroît d'assurer la satisfaction des clients, des fournisseurs, des employés, des partenaires et bien sûr des actionnaires, et plus généralement de tous les acteurs individuels ou collectifs en lien avec l'organisation concernée. On parle alors de **qualité totale.**

La démarche d'amélioration continue de la qualité du service, repose quant à elle, sur **une volonté de réexaminer l'adaptation, la pertinence, et l'adéquation d'un service** au plus près des besoins des usagers, mais à moyens constants.

4. La démarche qualité dans le champ médico-social

L'application de la mise en œuvre des démarches qualité de type ISO s'est heurtée, dans le champ médico social, à de nombreux freins d'ordre méthodologique mais aussi structurel. En effet, la qualité y étant plutôt appréhendée selon la définition proposée par Ducalet et Laforcade (2001) en tant que « *redécouverte des*

valeurs d'une institution ou d'un service», son approche dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue s'est très vite éloignée d'une recherche de certification et de labellisation pour s'engager sur le sens. Une démarche faisant l'économie de ce questionnement étant condamnée à s'enliser dans la problématique des moyens, au détriment de celle des fins.

Cette question du sens, et de sa prise en compte dans une démarche d'amélioration continue de la qualité du service, se trouve posée dans le champ médico-social avec d'autant plus d'acuité que cette démarche, avant la promulgation de la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 Janvier 2002, était le plus souvent fondée sur la volonté et l'éthique professionnelle de ceux qui veulent s'y soumettre car le destinataire de l'action sanitaire et sociale, à la différence du client de l'entreprise, n'a pas un statut lui permettant d'imposer la qualité.

5. L'inscription dans la loi de l'amélioration continue de la qualité du service

Avec la loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, une obligation d'évaluation est introduite pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, selon deux modalités:

- une évaluation interne réalisée par les structures elles-mêmes,
- une évaluation externe confiée à des organismes extérieurs habilités.

Pour accompagner cette obligation et promouvoir les démarches d'évaluation et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, le législateur a prévu la mise en place dans un premier temps , **d'un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale**, installé le 15 avril 2005. Composé de professionnels, d'usagers, de personnalités qualifiées et de gestionnaires de structures, il était chargé de valider (d'élaborer le cas échéant) et de diffuser des outils et instruments formalisant les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les initiatives en la matière, développant aussi bien des données d'ordre technique que des approches destinées à expliciter des valeurs et des principes d'action.

Ce Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, s'est vu remplacé en Mars 2007, par **l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux**, (Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 précisant qu'il remplace, au 3° de l'article R. 312-194-4, les mots

« *du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale* » par les mots : « *de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* »), qui a pour mission de :

- « *développer une culture de la bientraitance* »[11] dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- Elle a également en charge la validation au niveau national des références, des procédures et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, déjà élaborées, de leur propre initiative, par de nombreux acteurs du secteur en les adaptant à la spécificité des établissements et des services, des professionnels et des personnes accueillies.

Ces éléments constituent une base de travail sur laquelle les établissements et services s'appuient en vue de leur évaluation interne**.** C'est pourquoi, les recommandations émises par l'ANESM (2008) sont très concrètes et trouvent une application dans la qualité de vie des personnes bénéficiant des prestations. La qualité, que l'Agence est désormais chargée de promouvoir et d'organiser (et dont on mesure la prise en compte par le dispositif institutionnel, au travers de son intégration dans l'appellation de l'Agence), ne peut se concevoir qu'avec l'apport et l'adhésion des acteurs concernés.

Par ailleurs, l'Agence habilite les organismes indépendants qui procèderont à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services et en dresse la liste.

La notion **de qualité** se trouve donc étroitement associée dans les textes à la notion **d'évaluation** à partir de 2007. Une lecture attentive de la version initiale de la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale permet en effet de constater que dans un premier temps, une seule référence y était faite, en l'article 311-3 (Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale Chapitre I°, Principes généraux, Section 2), intitulé « Des droits des usagers du secteur social et médico-social », et formulée en ces termes: «…*leur assurant une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité*.»

C'est avec la parution des décrets d'application de la loi**,** plus précisément consacrés à la mise en œuvre de l'évaluation externe que ce lien semble être

[11] Site www.travail.gouv.fr

lisiblement établi. Car, si la préoccupation du législateur en matière d'évaluation du fonctionnement des établissements, apparait dès la parution de la version initiale de la loi en 2002, il a fallu attendre 2007 et notamment **le décret n° 2007-324 du 8 Mars 2007** dont le titre se trouve libellé ainsi : « *Evaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services* »**,** pour que soient **associés durablement évaluation et qualité.**

Le décret n°2007-975 du 15 Mai 2007, fixant en son article 2, « *le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux* » retient également l'attention.

Le chapitre Ier, celui des «*Principes généraux*», et plus particulièrement la section1 intitulée les «*Fondements de l'évaluation*», est particulièrement intéressant en ce sens qu'il rappelle que « *l'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification*» (Section1.2).

De plus, la notion d'amélioration continue de la qualité du service apparait explicitement dans ce même décret et plus précisément au sein de l'annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles, en sa partie réglementaire : s'y trouvent définis **les fondements de l'évaluation externe**, dont le texte précise qu'elle « *tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et les services*. »

Si la **démarche d'amélioration continue du service** relève bien, d'**un acte volontaire des professionnels** engagés dans l'accompagnement des usagers des structures à caractère social et médico-social, voire d'un style de gestion de leurs équipes par les directeurs de ses structures, son **inscription dans la loi** par contre, la situe indéniablement **dans le registre des critères d'évaluation**, **voire de contrôle.**

L'article R.314-8 de ce même code renforce cette volonté du législateur d'associer les deux notions, puisqu'il précise que les frais de siège des associations gestionnaires ne peuvent faire l'objet d'une prise en compte dans les budgets approuvés des établissements et services, qu'à condition, qu'ils participent à l'amélioration du service rendu aux usagers. Cette rencontre entre ce qui aurait pu relever d'un processus de redéfinition de pratiques professionnelles mené en équipe au sein des établissements selon un principe d'adhésion, avec ce qui est devenu un critère d'évaluation très nettement repérable au sein des injonctions législatives et

réglementaires, ne sera sans doute pas sans conséquence sur les pratiques repérées sur le terrain lors des enquêtes menées dans le cadre de cette étude.

Ainsi, l'examen des textes législatifs et règlementaires permet de comprendre la position institutionnelle en regard de l'amélioration de la qualité de service dans les établissements médico-sociaux, mais aussi en regard de la prévention de la violence institutionnelle dans le sens où le législateur s'attache à renforcer les droits des usagers.

II. Le renforcement du droit des usagers et la prévention de la violence institutionnelle

1. Le renforcement du droit des usagers : ce qu'en dit la Loi

La loi 75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales semble «être demeurée relativement muette au regard des droits des personnes.»

La loi 2002-2 du 2 Janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, quant à elle, se positionne très explicitement en la matière, et plus précisément, au travers d'un de ses décrets d'application, le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 précédemment cité, fixant le cahier des charges pour l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements sociaux et médico-sociaux.

Mais cette fois, c'est la section 2 du chapitre premier, qui est concerné : le droit des usagers y étant pris en compte en ces termes: *« Compte tenu des fondements de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L.311-1 et L.313-3, l'évaluation externe doit comporter(…) un volet relatif à l'effectivité des droits des usagers. L'évaluation porte au moins sur les conditions de participation et implication des personnes bénéficiaires des prises en charge ou accompagnements, les mesures nécessaires au respect du choix de vie des relations affectives, de l'intimité, de la confidentialité et, s'il y a lieu, sur les dispositions prévues pour assurer la sécurité des personnes».*

La loi de 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne une définition

du handicap dans l'article L.114 du Code de L'Action Sociale des familles. Elle pose également trois principes incontournables en matière de renforcement des droits des usagers :

- Garantir à la personne handicapée le libre choix de son projet de vie grâce à la compensation des conséquences de son handicap et l'accès à un revenu d'existence favorisant une vie autonome digne. L'équipe pluridisciplinaire d'Evaluation évalue les besoins pour élaborer le plan de compensation en fonction des aspirations des personnes.
- Permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale en facilitant l'accessibilité aux services.
- Placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent en substituant une logique de services à une logique de parcours.

Le décret d'application 2007-975 du 15 mai 2007 constitue une des pierres angulaires du cadre théorique de référence du présent travail. En effet, il met en évidence les croisements existants, dans le champ des missions du service en direction des usagers, entre souci de qualité, droits des personnes et prévention de la violence en institution.

2. La violence institutionnelle, une définition à construire

Selon M. Créoff (juin 2000), les « **violences institutionnelles** » sont celles que subissent les usagers dans les institutions spécialisées, sociales et médico-sociales. Elles ne sont pas exercées seulement par des professionnels, mais aussi par des usagers de l'institution entre eux.

En ce qui concerne l'objet de mon étude, j'ai délibérément fait le choix de me limiter, au travers de l'analyse des praxis des acteurs, à la violence institutionnelle exercée par les professionnels.

La question de la définition des **violences en institution**, qui atténue l'accent sur les violences en direction des usagers, est centrale et permet de définir un acte ou un comportement comme tolérable ou non. Cette définition est nécessairement évolutive en fonction de la mission de l'institution et de la tolérance générale du droit et de la société vis-à-vis des différentes contraintes supportées par l'individu. Actuellement la violence en institution est généralement définie par ses conséquences, pour la personne qui la subit, en termes de souffrance et d'entrave à

son développement, son bien-être. Dans le cadre de ce travail de recherche, elle permettra d'aborder la question de la violence institutionnelle comme conséquence de la souffrance au travail des professionnels selon la définition qu'en donne Christophe DEJOURS (1994) : « *La souffrance au travail, c'est le vécu qui surgit lorsque le sujet se heurte à des obstacles insurmontables et durables, après avoir épuisé toutes ses ressources pour améliorer l'organisation réelle de son travail vis-à-vis de la qualité et de la sécurité. En d'autres termes la souffrance pathogène commence lorsque le rapport du sujet à l'organisation du travail est bloqué.* »

La notion de **violence institutionnelle** a été mise en lumière en 1982 par Stanislas Tomkiewicz : *« J'appelle violence institutionnelle toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant souffrance physique, psychologique inutile et/ou entrave son évolution ultérieure.* »

Celui-ci a montré combien la relativité de la notion même peut rendre l'appréciation d'actes délicate et mobile, mais n'en empêche pas pour autant l'analyse. Au contraire elle conduit à réfléchir à leurs causes ou aux options qui les gouvernent. Les intentions des acteurs peuvent paradoxalement leur paraître les meilleures ou guidées dans l'intérêt de l'usager, comme celles qui mènent aux «*violences faites pour le bien de l'enfant* »

Éliane Corbet (juin 2004), élargit encore cette définition de la violence institutionnelle à *« tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de l'enfant ».*

La violence institutionnelle recouvre donc un champ large, comportant aussi bien des actions que des omissions, elle se définit par ses conséquences sur le bien-être de la personne accueillie dans l'établissement. Elle vise aussi bien les violences en « creux », les discontinuités et les mini ruptures de la vie quotidienne que les brutalités avérées.

Les textes de loi proposent plusieurs définitions de la maltraitance qui nourrissent les débats dans les établissements. C'est à l'occasion de ces questionnements sur « qu'est-ce que la violence ? » que chaque institution est implicitement conviée à construire sa propre définition de la violence institutionnelle d'une part, le protocole de son traitement d'autre part, et à les confronter à ses

propres pratiques en s'inspirant de la classification des différentes formes de maltraitance opérée en 1992 par le conseil de l'Europe[12].

a. La position du législateur

I**l n'existe pas de définition juridique de la maltraitance.** En vertu du principe de légalité défini dans le code pénal : «i*l n'y a pas d'infraction sans texte*», la maltraitance en tant que telle ne constitue pas une infraction pénale. La maltraitance n'est pas un concept juridique. Néanmoins, si on se réfère à la définition proposée par l'ODAS[13], l'enfant maltraité est celui qui est victime de «*mauvais traitements physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique*». Seule cette définition fait référence à une liste d'infractions justifiant des poursuites pénales. Son champ d'application est donc étendu à l'ensemble des usagers accueillis dans les institutions quel que soit l'âge de la victime. D'autres infractions telles les violences (article 222-7 CP), tortures (222-1 CP), agressions sexuelles (article 222-22 et suivants), etc., peuvent être assimilables à de la maltraitance. Rappelons que ces infractions sont d'autant plus réprimées **qu'elles sont commises par une personne qui a ou abuse de son autorité sur la victime,** que cette autorité soit conférée par filiation ou par les fonctions exercées.

Divers textes se sont attachés à renforcer la protection des mineurs, notamment **la loi du 17 juin 1998** relative à la répression des infractions sexuelles, en aménageant les délais de prescription afin que le mineur puisse porter plainte après sa majorité. Mais cette loi ne vise pas les seules institutions sociales et médico-sociales. Le législateur s'est intéressé tardivement à la prévention et à la répression de faits qui pourraient être commis dans le cadre spécifique de l'action sociale et médico-sociale, considérant peut être que le droit commun était suffisant. De fait, seules quelques circulaires traitent expressément de cette question :

La circulaire n°98-275 du 5 mai 1998 relative aux institutions sociales et médico-sociales rappelle l'obligation qu'elles ont de répondre fermement aux violences faites aux mineurs à partir de la prise en compte de la parole de la victime et la répression de l'auteur de l'infraction.

[12] Cf. document en annexe 2

[13] Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale, 1994

La circulaire n°2001-306 du 3 juillet 2001 indique *«qu'une politique locale de prévention des violences dans les institutions sociales et médico-sociales doit être mise en place autour de trois axes : le contrôle des structures, le renforcement de la vigilance au niveau des recrutements des professionnels intervenant auprès de mineurs, l'information et l'accompagnement des victimes, familles, professionnels».*

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale marque un tournant important dans la prévention de la violence institutionnelle préconisée par le législateur : cette loi demande **implicitement** aux institutions sociales et médico-sociales **de prévenir et traiter les risques de maltraitance,** mais sans en donner le mode d'emploi : si un certain nombre d'articles font référence à la question de la maltraitance, aucun n'impose clairement la mise en place d'un dispositif précis. Seule une lecture attentive de cette loi et de ses décrets d'application permet éventuellement d'en déduire comment ce dispositif peut s'articuler.

C'est **dans le décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003** définissant l'objet et le contenu du règlement de fonctionnement que l'on trouve un certain nombre d'obligations allant dans le sens d'**une prévention des risques de maltraitance**. Ainsi, doivent être indiquées les mesures prises en cas de faits de violence sur autrui. Sont visées aussi bien les violences entre usagers accueillis que celles entre usagers et professionnels. Un protocole distinguant ces deux cas de figure doit donc être élaboré par l'institution : l'obligation est de **garantir la sécurité des usagers**, vis-à-vis d'eux mêmes, mais aussi vis-à-vis d'autrui. En dehors de faits constitutifs d'une infraction permettant d'engager des poursuites pénales à l'encontre de leur auteur, la question de la sanction de l'usager-auteur par l'institution reste posée. En effet s'il semble possible de prévoir dans le règlement de fonctionnement des sanctions, il incombe à l'institution d'y consigner **un juste équilibre entre les droits des usagers et leurs devoirs** dans le but d'anticiper les risques de maltraitance.

Dans la loi 2002-2, d'autres dispositifs sont prévus pour prévenir les risques de maltraitance, mais aucun ne prévoit l'élaboration d'un protocole spécifique : **l'article 81 de la loi 2002-2,** prévoit que toute personne condamnée définitivement pour crime ou pour certains délits portant atteinte à la personne est incapable d'y travailler ou d'être agréée. Il s'agit plutôt de renforcer la vigilance en matière de recrutement des professionnels intervenant auprès des usagers. De la même façon, la loi 2002-2 renforce les contrôles de l'activité des établissements et services

sociaux et médico-sociaux, *« exercés notamment dans l'intérêt des usagers par l'autorité qui a délivré l'autorisation»* mais aucun article n'indique clairement que les institutions sociales et médico-sociales doivent s'acquitter d'une obligation de prévention et de traitement des situations de maltraitance par le biais d'un protocole spécifique. Seule **la circulaire du 30 avril 2002,** relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance des enfants et adultes vulnérables accueillis dans les établissements, le prévoit explicitement: *«il importe que les établissements et services disposent d'un protocole interne précisant la conduite à tenir en cas d'actes de maltraitance au sein de la structure».* Pourtant la sensibilité des opinions est grande aujourd'hui sur ces questions. L'éventualité d'une violence qui atteint les usagers et, ou les professionnels est toujours présente, aussi « bonne » que soit l'institution. Ainsi, le fonctionnement des établissements ne peut se satisfaire des seules injonctions législatives. Il lui incombe de se doter d'outils, de méthodes à intégrer dans les pratiques des professionnels et dans son organisation.

b. La souffrance au travail

La santé relève de l'équilibre et d'un sentiment d'harmonie à jamais instable. Christophe Dejours[14] (1995 p.3) introduit corrélativement à la notion de santé, celle de normalité. Selon cet auteur, la normalité correspond à un état où les maladies sont stabilisées et les souffrances compensées. Cette normalité, non exempte de souffrances, est sans cesse à conquérir, dans une lutte active et la mise en œuvre de défenses contre l'expression de la maladie du côté du corps et/ou du psychique. Ainsi Dejours précise : « *Dans cette perspective, la normalité et a fortiori la santé, ne sont pas des états passifs … Dans cette perspective toujours, la maladie serait, par opposition à la santé, plutôt du côté de la passivité … du pathique, du subi. Les maladies ne demanderaient qu'à s'exprimer dans le corps et le fonctionnement psychique, dès lors que la lutte et les défenses s'affaiblissent ou deviennent inefficaces face à un changement de l'environnement.* »

Philippe Davezies (2004) aborde la question de la souffrance au travail à partir des acquis de la littérature scientifique internationale : il évoque d'abord **le stress professionnel** autour du modèle de Karasek dans les années 70 et explique que

[14] Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail?. *Le travail humain*, 1-16.

pour rendre compte de la souffrance au travail et des atteintes à la santé qui en résultent, il faut plutôt considérer l'autonomie dont disposent les salariés : le risque de stress professionnel serait d'autant plus présent pour les professionnels qui disposent d'espaces d'expression et de développement très réduits.

Ce même auteur complète son analyse en précisant que le modèle de Karasek s'enrichit d'un nouveau facteur non négligeable à la fin des années 80 : **le soutien social** déterminé par la possibilité de bénéficier du soutien technique et de la compréhension de la hiérarchie, de l'aide et de la solidarité des collègues. Ainsi, l'isolement au travail apparaîtrait comme un facteur de dégradation de la santé. Une autre étape, dans les années 90, avec l'apparition du modèle Siegrist met l'accent sur **la reconnaissance**. Le sentiment d'un déséquilibre entre la mobilisation et la rétribution, le sentiment d'injustice, apparaitrait très prédictifs des atteintes à la santé.

Ainsi le défaut d'espace d'expression, de soutien social et de reconnaissance de la hiérarchie participeraient fortement à la souffrance au travail comme blocage du professionnel en regard de son organisation au travail vis-à-vis de la sécurité et de la qualité selon la définition de C. Dejours (cf. supra). Les formes du travail actuel feraient de l'isolement un danger pour l'identité et une menace pour la santé. Ainsi que le précise P.Devezies (février 2004) dans son article « *Partout le travail évolue sur le modèle du service. On parle de serviciarisation du monde du travail. […] Si la performance dépend de la capacité à s'adapter et en permanence aux variations, aux aléas, aux imprévus, la croyance en la possibilité de prescrire le travail dans le détail n'est plus tenable. L'appel à l'autonomie, à l'initiative, à la responsabilité découle de cette prise de conscience par l'encadrement de son incapacité croissante à prescrire le travail. »*

Ainsi l'organisateur a cédé la place au manager. Son bagage est constitué de savoir décontextualisés, sans lien avec les contenus techniques des activités qu'il doit encadrer : outils de gestion et fragments de sciences humaines constituant une sorte de technologie politique.

L'évolution du travail oblige à faire appel à l'intelligence du salarié. Ces mêmes évolutions confèrent à l'activité un contenu relationnel plus explicite. La question du sens de l'activité est, de ce fait, beaucoup plus présente. Travailler dans une perspective de service suppose de se déterminer sur ce qui est bon pour celui que l'on doit servir. Ainsi, la notion de bientraitance, telle qu'elle est diffusée par l'encadrement des établissements à caractère médico-social prend toute sa place.

Le travail en devient potentiellement plus intéressant. Non seulement parce qu'il faut mobiliser son intelligence mais aussi parce que ce contenu inter-humain impose une réflexion éthique.

III. Bientraitance et qualité

1. La bientraitance : qu'est-ce que c'est ?

Les textes de loi[15] articulent la prévention des risques de maltraitance avec l'affirmation et le respect des droits des personnes accueillies d'une part, et l'évaluation de la qualité des prestations fournies, d'autre part. Le renforcement du contrôle, par le biais des évaluations, institue une nouvelle vigilance dans les établissements. L'incitation actuelle à se doter de protocoles de signalement[16] incite les équipes d'encadrement à formaliser de tels outils. L'exigence institutionnelle de la qualité invite les professionnels à réfléchir à la prévention des risques dus à la relation prolongée avec des personnes en grande dépendance.

C'est dans ce contexte que surgit le terme de « bientraitance » largement repris par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale. En opposition et construit sur le même modèle que le terme « maltraitance », synonyme d'abus, violences et négligences, il ne se réduit pas à la seule absence de mauvais traitements. Bien plus encore, il a été créé pour ne pas limiter le soin, l'assistance ou l'accompagnement de personnes dépendantes à un catalogue de bonnes pratiques et techniques. Porteur de fortes attentes, et de nombreuses représentations, ce terme concerne l'ensemble des acteurs du secteur social et médico-social.

En 2008, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles développées par l'ANESM (2008) explicitent les points d'accord sur les valeurs et les perspectives de travail qui se rattachent à la bientraitance. Ce document propose un rapide détour sémantique afin de mieux cerner ce concept nouveau. Il rappelle les notions qui ont entouré et préparé sa naissance : d'abord la **bienfaisance** citée dans le rapport Belmont de 1979[17] recouvre l'idée d'une action, d'une absence de torts

[15] Circulaire DAS n°98-275 du 5 mai 1998
Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale (art 1°, section 2)
Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007

[16] Circulaire DGA /SD 2002-265 du 30 avril 2002

[17] (The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. Report ofheNational Commission for the protectionof human subjects of biomedical

faite à l'autre mais surtout d'un équilibre à trouver au sein des pratiques professionnelles entre ce qui apportera un bénéfice et ce qui causera du tort à l'usager. Ensuite, la **bienveillance,** qui se situe au niveau de l'intention des professionnels: elle peut se définir comme une action faite pour le bien d'autrui, avec une dimension asymétrique dans la relation qui révèle une emprise du professionnel sur l'usager, explicitée par le projet individuel d'accompagnement et le projet d'établissement ou de service. Enfin, **la sollicitude** développée par Paul Ricoeur[18], consiste à *« adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre.»* Le geste de sollicitude vise à instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre.

Aussi, la notion de **care** a été développée afin de « *différencier l'attitude du « prendre soin » de celle d'un « guérir » plus technicien* ».[19] L'enseignement du care décrit des attitudes et comportements professionnels déterminés par l'adaptation des réponses contextualisées et personnalisées à une situation singulière. La réflexion sur la **reconnaissance[20],** met l'accent sur l'importance pour toute personne d'être regardée favorablement afin de développer une image positive d'elle-même et déployer au mieux ses capacités. (Honneth A. 2006). Les travaux de Rogers en psychologie[21] identifient les dimensions qui participent à une démarche bientraitante en permettant à un individu d'éviter de mettre l'autre en accusation à travers sa communication. Là, c'est la faculté d'empathie et la posture de négociation qui doivent être retenues de la part du professionnel.

Le concept de bientraitance est né dans les années quatre-vingt dix au sein du comité de pilotage ministériel de « l'opération pouponnières »[22]. Ce terme renvoie à une démarche qui privilégie la continuité du développement de l'enfant dans son histoire malgré les accidents et les ruptures, en le plaçant dans une perspective

---

andbehavioural research. ChapterC:«Basic Ethical Principles », Beneficience, 1979 cité dans recommandations Anesm ,2008).

[18] Paul Ricoeur. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990.Cité dans recommandations ANESM, 2008

[19] Paperman, Patricia et Laugier, Sandra. *Le souci des autres, Éthique et politique du care*. Paris: EHESS, 2006. .Cité dans recommandations ANESM, 2008

[20] Honneth, Axel. *La société dumépris*. Paris : La Découverte, 2006. .Cité dans recommandations ANESM, 2008

[21] Rogers, Carl R. *Le développement de la personne*. Paris: Dunod, 1998. Cité dans recommandations ANESM, 2008

[22] Comité de pilotage de « L'opération pouponnières ». *L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et*
propositions pour une étape constructive. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation
Française, 1997. Cité dans recommandations ANESM, 2008

d'avenir et en l'aidant à construire son identité dans la sécurité affective et l'épanouissement de toutes ses possibilités.[23] La bientraitance s'inscrit dans les conceptions d'une société spécifique, à un moment donné du temps. Il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre dans le cadre du projet de service et d'établissement, faute de quoi la démarche perdrait de sa dynamique et de son sens.

Néanmoins, si la bientraitance est par définition une notion contextuelle et non figée, elle requiert des préalables, risque des dérives et comporte un certain nombre des dimensions incontournables, et ne peut donc relever d'un choix arbitraire.

2. La bientraitance, un concept à co-construire

La bientraitance concerne le soin, la compensation des déficiences, l'accompagnement des personnes en situation de dépendance. Elle ne peut se limiter à la simple qualité de l'action professionnelle, même si celle-ci reste un préalable incontournable à la qualité de service proposée aux usagers. Les métiers de l'aide et du soin concernent des personnes. Ils **engagent la responsabilité individuelle de chaque professionnel à tous les niveaux**, de celui qui assure l'indispensable propreté de l'établissement à celui qui doit identifier les besoins réels et attribuer les moyens pour y répondre.

Le concept de bientraitance est à co-construire, par l'équipe pluridisciplinaire selon la singularité de chaque établissement, dans le cadre de la collégialité du travail d'équipe. En effet, dans une institution qui accueille des usagers dépendants, le professionnel ne peut être bientraitant tout seul : tout maillon faible malmène la personne vulnérable.

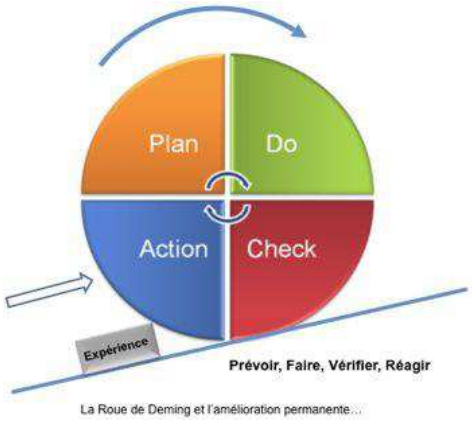
La démarche qualité, comme processus de management volontaire, se nourrit des dynamiques initiées, entretenues et orientées par le concept de bientraitance. Ces deux concepts ont des préalables communs. Ainsi, en 2010, Moulias (2010), à l'occasion d'un éditorial de la revue « gérontologie et société » évoque à ce sujet, la compétence professionnelle, une déontologie précise et rigoureuse, le sens de la mission de la structure et la conscience de l'action. Il souligne les dérives possibles d'un concept de bientraitance trop flou, dans sa définition et ses limites. Dans le

[23] Rapoport, Danielle. *La bien-traitance envers l'enfant*. Paris: Belin, 2006, p. 20. Cité dans recommandations ANESM, 2008

cadre de la démarche qualité, la bientraitance nécessite une réflexion éthique dans des espaces réservés à cet effet où se confrontent les valeurs de chacun. Parce-que la bientraitance est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence.

La bientraitance, tout comme l'amélioration de la qualité de service s'apprécie sur le modèle de cercles vertueux : en 2000, Paul Durning, dans son article sur les maltraitances, la présente selon un modèle tiré de l'ouvrage collectif intitulé «*Bientraitances, mieux traiter les familles et les professionnels* » paru en avril 2000 en expliquant que : *«en d'autres termes, des parents mieux respectés, mieux reconnus et mieux soutenus dans leurs compétences et leurs responsabilités pourront être des parents plus respectueux et plus protecteurs de leurs enfants; et ceux-ci se forgeront des images et des références parentales qui les rendront à leur tour plus respectueux et plus protecteurs à l'égard de leurs propres enfants ».* Ceci n'est pas sans rappeler la logique de démarche qualité pour l'amélioration continue de la qualité de service dans les établissements présentée, selon la roue de Deming[24]

SCHEMA DE LA ROUE DE DEMING



[24] DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales,- Sens, enjeux, méthodes*, Seli Arslan, Paris, 2001

L'idée du schéma présenté est de répéter les 4 phases : Plan, Do, Check, Act tant que le niveau attendu n'est pas atteint.

Plan

Dans cette phase, il s'agit de planifier et préparer le travail à effectuer : établir les objectifs, définir les tâches à exécuter, en équipe dans le cadre du projet d'établissement.

Do

La phase d'action : faire, réaliser, exécuter les tâches prévues. Il peut être intéressant de limiter l'ampleur et la portée des tâches à exécuter afin de disposer d'un meilleur contrôle de l'action, notamment en ce qui concerne la coordination des pratiques professionnelles.

Check

L'étape de vérification des résultats dans le cadre d'une évaluation de l'action a postériori. Il s'agit de comparer et mesurer les résultats obtenus en fonction des prévisions, à l'aide de référentiels.

Act

C'est la phase d'ajustement ou de réajustement qui permet d'agir, corriger, prendre les décisions qui s'imposent ; identifier les causes des dérives entre le réalisé et l'attendu; identifier les nouveaux points d'intervention, redéfinir les processus si nécessaire. C'est à cette occasion que se réajustent les projets institutionnels et les interventions managériales.

Les dynamiques de la bientraitance, qui doivent selon Moulias (2010) « *permettre de vivre dépendant dans la dignité»,* participent à l'amélioration de la qualité des services dans le cadre de la démarche qualité. Ainsi, cet auteur cite :

- La conscience de chaque intervenant de la charge de personnes dépendantes et contraintes de lui faire confiance. Cette confiance entraîne la responsabilité du professionnel.
- La connaissance et la pratique des bons gestes professionnels correspondant au métier que les intervenants ont choisi.
- Une déontologie professionnelle exigeante qui doit être enseignée et respectée avec rigueur.
- Le respect de la dignité de la personne et de son autonomie.
- La connaissance des limites des capacités et du savoir des intervenants.
- Une action réfléchie pour le bien de la personne dont l'intervenant a la charge (principe de bienfaisance).

- La conscience de la nécessaire cohérence et coordination des actions. On ne peut être bientraitant tout seul.
- La capacité à se remettre en question sans se décourager pour éviter la routine, la démotivation, l'ennui et l'insécurité.

3. De la bientraitance à la recherche de la qualité de vie

De là, il est plausible de considérer qu'une démarche de bientraitance a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie des usagers, enjeu du sens de la mission de l'établissement médico-social. Le terme de qualité de vie est presque aussi récent que celui de bientraitance. Il a été rapidement adopté par des disciplines aussi diverses que la médecine, la psychologie, la pédagogie, la sociologie et la philosophie. Ainsi que le précise G. Ruault,(2012) déléguée générale de la société française de gériatrie et gérontologie de Suresnes : *« Aujourd'hui, la qualité de vie est devenue à la fois objectif des études d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, notamment dans le cadre de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, et déterminant de la démarche qualité des établissements médico-sociaux. ».* En 2008, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM), dans ses « *recommandations de bonnes pratiques professionnelles*» consacre quatre de ces recommandations dont l'objectif est de promouvoir l'ensemble des actions destinées à améliorer la qualité de vie des usagers.

Bientraitance et qualité de vie semblent indissociables et habitent la démarche d'amélioration des pratiques professionnelles dans un objectif d'amélioration continue de la qualité de services.

Précédemment, il a déjà été évoqué que la bientraitance doit être le fruit d'une réflexion menée ensemble, pour faire converger les convictions de chacun vers une vision commune de la bientraitance, au sein de chaque établissement, avec les moyens qui sont les siens. A cette occasion, les professionnels des équipes partagent le sens donné à leur projet, explicitent les valeurs qui les sous-tendent et déclinent dans des objectifs précis, simples et réalisables, le désir de promouvoir la qualité de vie dans l'institution à partir des réalités quotidiennes et du projet de l'établissement. L'objectif de l'amélioration de la qualité de vie des usagers passe par une valorisation de l'accompagnement effectué tant sur le plan technique que

relationnel. Cela nécessite de développer des formations, de donner du temps de parole et de réflexion aux professionnels, de considérer et reconnaître le niveau de réflexion et le travail effectué et ce d'autant plus que le public accueilli est en perpétuelle évolution, avec des problématiques de plus en plus complexes à appréhender. On ne peut être bientraitant que si l'on est bien traité.

Ainsi, si les notions de bientraitance et qualité interagissent dans le cadre de pratiques professionnelles, comment la démarche qualité, appréhendée comme un objet frontière permet un management à visée d'adhésion des salariés ?

IV. Le management par la démarche qualité

L'aspect multidimensionnel de l'accompagnement proposé aux personnes en situation de handicap, impose la rencontre de différents acteurs issus de parcours professionnels distincts qui évoluent dans des mondes sociaux différents. A l'occasion de ces rencontres émergent différentes représentations, «renormalisations»[25], activités professionnelles en regard de la qualité. Envisagée comme « objet frontière »[26], la qualité ne peut être efficiente qu'au prix d'une conciliation autour de la signification d'une même chose dans des mondes différents, mobilisant des acteurs ayant des intérêts divergents. La boîte à outils de cette incontournable démarche par la qualité propose une panoplie d'instruments pour assurer la «traçabilité» des pratiques des professionnels : les référentiels, la bientraitance, la satisfaction de l'usager et l'évaluation. Tout l'art du manager consiste à susciter l'adhésion des salariés dans le cadre de réflexions éthiques pour retrouver le sens des actions, la cohérence et l'usager.

[25] Yves Schwartz et Eliza Echternacht « Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre ? », *Corps* 1/2009 (n° 6), p. 31-37.
[26] Dominique Vinck « Retour sur la notion d'objet frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances* 1/2009 (Vol. 3, n° 1), p. 5

1. La rencontre des mondes sociaux.

Dans toute société, il existe des réseaux sociaux qui relient des acteurs et des institutions très différentes par des liens d'amitié, de concurrence, de connaissance, de proximité, des liens familiaux, affectifs, professionnels... Dans ce cadre, un monde social peut être défini, ainsi que l'a fait en 1982 Howard Becker[27]comme *«le réseau de tous ceux dont les activités, coordonnées grâce à une connaissance commune des moyens conventionnels de travail, concourent à la production des œuvres de ce monde ».* Cette coordination inclut différentes modalités dont la coopération ou la compétition. Les acteurs prennent en compte l'existence et l'action des autres pour orienter leur propre action. Ainsi, les **mondes sociaux** se réfèrent à des groupes d'activité n'ayant ni frontière claire ni organisation formelle et stable. Ils se constituent au travers de la relation entre les interactions sociales qui dérivent de l'activité primaire et la définition de la réalité pertinente. Ce sont les membres du monde social qui participent à son évolution. Ils le construisent à travers leurs perceptions, dimension corporelle, leurs pratiques, dimension relationnelle et leurs discours, dimension cognitive.

Dans le courant de l'interactionnisme symbolique, P.Béguin[28], en 2008, faisant l'analyse des travaux de Cassisier (1910-1991) énonce que la notion de **monde** ne retient qu'une partie de la réalité. Il la définit comme *« un ensemble d'arrières plans conceptuels axiologiques et praxiques qui forment un système avec les objets de l'action.* » Ainsi, le monde rend compte de l'action : la mise en ordre organisée en système de concepts, conduites, procédures, instruments et systèmes de valeurs. Ce même auteur explique que des **mondes communs** sont issus de processus durant lesquels doivent s'articuler et se coordonner des **mondes professionnels** différents pour faire œuvre commune. Il en déduit que les mondes communs résultent de la coordination des mondes professionnels; qu'ils sont constitués par la cartographie qui situe les positions relatives et leurs influences réciproques.

L'activité primaire, telle que l'accompagnement de la personne en situation de handicap dans un établissement à caractère médico-social crée une homogénéité relative du monde. Aux côtés de cette activité, il existe des activités associées,

[27] BECKER Howard (1982), Les mondes de l'art, 379 p, Champs Arts, édition 2010

[28] Beguin, P. (2004). Mondes, monde commun et versions des mondes. *Bulletin de psychologie*, *57*, 45-48.)

comme celles qui relèvent du soin, de l'enseignement, de l'animation ou de l'éducation. Le professionnel fait partie d'un monde quand il est associé à l'une de ces activités. Certains considèrent que des actes sont plus essentiels que d'autres dans un monde donné et ce pouvoir d'authentification détermine la place dans le monde. Il va en découler une certaine division du travail et une organisation des ressources en conséquence. Cette activité détermine aussi la présence ou l'absence d'objets dans ce monde et les relations que les acteurs entretiennent avec eux.

Les mondes sociaux hétérogènes collaborent et communiquent, dans le cadre des mondes communs, autour d' «**objets communs**» matériels ou conceptuels. Ils représentent autant espaces qui permettent la communication entre ces mondes très différents, afin de servir un objectif commun, comme par exemple l'amélioration de la qualité de services proposée aux usagers d'un établissement à caractère social ou médico-social.

.

2. La qualité comme objet frontière.

La notion d' « **objet-frontière** » s'inscrit dans le modèle de la *« grounded theory»,* au sens où elle émerge et se construit dans la confrontation aux matériaux de terrain. En 1989, Star et Griesemer[29] forgent en effet la notion dans le cadre d'une étude ethnographique des mécanismes de coordination du travail scientifique au sein d'un musée d'histoire naturelle. Elle s'inscrit dans une tradition de pensée issue de l'interactionnisme symbolique qui cherche à qualifier les mécanismes d'articulation des perspectives d'acteurs appartenant à des mondes sociaux hétérogènes. Dans cette étude, le problème des auteurs est de décrire et de caractériser le processus par lequel des acteurs, relevant de mondes sociaux différents mais appelés à coopérer, réussissent à se coordonner malgré leurs points de vue divergents, comment ils créent des compréhensions communes sans perdre la diversité des mondes sociaux. Les acteurs, dans les domaines où les connaissances ne sont pas encore stabilisées, se confrontent au besoin de concilier les significations différentes

[29] Cité par D.Vinck et P.Trompette, 2009, Retour sur la notion d'objet frontière, Revue d'anthropologie des connaissances, 2009/1 Vol.3, n°1 p.6

,

des objets sur lesquels ils tentent de s'accorder. Dans leur étude, Star et Griesemer démontrent que les acteurs sont parvenus à se comprendre et à travailler ensemble en se retrouvant autour d'objets. Le processus a permis le maintien d'une pluralité de points de vue. Chacune des parties a gardé son identité, ses enjeux et a pu mener ses travaux tout en s'articulant avec les autres.

Dans un établissement médico-social, appréhender la qualité comme un objet frontière, c'est une façon d'articuler pour les rendre cohérentes, les pratiques professionnelles de chacun pour retrouver le sens. Cela requiert une importante, inévitable et indispensable coopération rendue possible que si un travail de «traduction» des divergences est réalisé. C'est également l'occasion de créer des espaces de réflexions éthiques pour apporter des réponses aux situations singulières qui constituent le quotidien des professionnels en établissement. Ce travail peut s'effectuer à travers une standardisation des méthodes, une sorte de langage commun minimal et le développement d «objets frontières », envisagés comme entités concrètes qui relient les acteurs qui agissent dans des mondes sociaux différents.

Plus tard, P. Béguin (2004, p.57) explique que « les objets-frontières » sont supposés maximiser à la fois l'autonomie des mondes sociaux et la communication entre eux. La notion est donc étroitement liée aux questions de signification partagée et d'interprétation. Elle suppose l'existence d'une structure minimale de connaissance, reconnaissable par les membres de différents mondes sociaux, laquelle peut prendre des formes très diverses. Ainsi, en institution, la qualité pourra-t-elle être appréhendée comme *« l'objet malléable qui peut être façonné par chacun ; l'objet bibliothèque dont chacun peut extraire ce dont il a besoin, l'interface ou standard d'échange. »*[30] .Ce même auteur précise que l'objet frontière *« a différentes significations dans les différents mondes…. »* mais celles-ci sont « *assez structurées pour être reconnues par les autres* ». La notion est utilisée pour décrire comment les acteurs maintiennent leurs différences et leur coopération, comment ils gèrent et restreignent la variété, comment ils se coordonnent dans le temps et l'espace. Elle qualifie la manière dont les acteurs établissent et maintiennent une cohérence entre des mondes sociaux en interaction, sans les uniformiser et sans qu'ils deviennent transparents l'un à l'égard de l'autre. Les acteurs de ces mondes sociaux peuvent,

[30] P. Béguin, 2004, p.57

grâce à un objet-frontière comme la qualité *« négocier leurs différences et créer une mise en accord de leurs points de vue respectifs.»*

3. Le management à visée d'adhésion des salariés

L'implication du personnel dans la mise en place de la qualité en institution est un facteur nécessaire de réussite et de motivation. Toute démarche doit faire l'objet d'une communication appropriée dès son origine : une démarche qualité doit être gérée comme un grand projet avec une communication permanente sur le projet. Au-delà de cette communication, la participation active du personnel est essentielle, au travers par exemple de groupes de travail, de "brain storming", de la validation participative des arbitrages entre groupes; la qualité étant, dans ce cadre appréhendée comme objet frontière.

Le dirigeant est chargé de promouvoir la démarche qualité, d'en expliciter les raisons d'être et l'importance de l'atteinte d'objectifs démultipliés dans l'ensemble de l'organisation. Pour cela il doit clarifier l'organisation et la justifier au regard des objectifs généraux de l'institut. Il doit également mettre en place une communication permanente autour de ces objectifs et de leur niveau d'atteinte et plus largement sur l'efficacité du système de management de la qualité. Enfin il doit maîtriser la démarche et en assurer le renouvellement permanent.
Sa crédibilité est en jeu dans la maintenance du système et son engagement personnel dans une démarche durable. Au-delà de son rôle hiérarchique, il crée et maintient une prise de conscience de l'importance de satisfaire les exigences de l'usager, dynamise la démarche qualité, s'engage personnellement dans l'amélioration en continu de l'efficacité du système et, surtout, montre l'exemple. Les instruments de son action peuvent être regroupés en quatre mesures principales : les référentiels, la bientraitance, la satisfaction de l'usager et l'évaluation.

a. Les référentiels

Il est précisé dans les textes qui instaurent la démarche qualité dans les établissements à caractère sanitaire et social, que la construction des référentiels est une des étapes décisives qui permet d'objectiver et de dépasser la phase incantatoire, de sortir de la subjectivité de tel ou tel professionnel. Comment alors choisir les référentiels ? Comment prétendre embrasser une réalité éminemment complexe et agglomérer à partir de ces référentiels, les métiers de la relation pour construire par exemple un projet institutionnel ou personnalisé ? Ces outils laissent bien souvent dans l'ombre les comportements de repli, de retrait, voire de régression, ainsi que les phénomènes d'identification, de projection, de transfert à l'œuvre dans les relations humaines et qui ne peuvent en aucune manière s'analyser sur une échelle de cotation reposant sur un continuum linéaire et progressif.

Le moyen le plus sûr de poser ces limites, de les faire comprendre et accepter est de construire le référentiel avec les professionnels concernés. Ainsi, la clarification des modes d'intervention pourra être élaborée avec les personnels, à l'origine de la prescription de la tâche : injonctions négociées mais aussi démarche dynamique et ouverte favorisant la mobilisation des personnels et la collaboration des acteurs entre eux. Les référentiels et toutes les procédures qui les accompagnent peuvent ainsi aussi être vécus comme des aides à l'autonomie.

b. La bientraitance

La notion de bientraitance apparait dans un contexte d'évolution de la commande sociale : les professionnels ne sont plus considérés comme bienfaisants par essence et sont soumis à une double injonction : manifester beaucoup plus d'esprit critique par rapport à leurs propres pratiques d'une part, se sentir redevables d'administrer la preuve de leur efficacité d'autre part.

Le dispositif de bientraitance mis en place dans le cadre de la qualité exigée dans les établissements à caractère sanitaire et social (cf. : recommandations ANESM), légitime les conduites attendues et entendues pour proscrire par conséquent celles qui n'entreraient pas dans le canevas protocolaire. Si la responsabilité de chaque professionnel est engagée, le travail en équipe est déterminant pour aborder dans leur complexité les difficultés relationnelles quotidiennes : on ne saurait être bientraitant seul.

Aussi, pour éviter qu' *« une normalisation des pratiques éteigne la réflexion sur les pratiques »*[31] un management à visée d'adhésion des salariés se doit de prévoir des formateurs à la prévention de la maltraitance et des groupes de paroles et d'analyse de pratiques pour engager une réflexion éthique des comportements. L'éthique devient alors un nouvel outil du management par la qualité et apparaît indispensable à l'amélioration continue de la qualité de services. Néanmoins ce travail qui est à réinterroger en permanence, n'a de sens que s'il prend appui sur les espaces d'analyse de la pratique, les réunions de régulation et les possibilités de formation : la connaissance de ses limites, la culture professionnelle de l'échange permettent d'éviter l'isolement et une trop forte culpabilité, elles ont pour objet d'exposer des situations éprouvantes et complexes dans lesquelles le praticien est impliqué, celles qui interrogent et contrarient l'ordre des évidences.

c. La satisfaction de l'usager

La loi du 2 janvier 2002-2 réaffirme les principes positifs de dignité, d'autonomie et de citoyenneté. Elle met l'usager au centre du dispositif, soumettant ainsi l'ensemble de la démarche à la satisfaction de ses besoins individuels. Dès lors, l'usager devient un usager en soi à partir duquel l'institution se réinvente. Celui-ci dispose d'un savoir sur lui-même irremplaçable. Dès lors, lui sont reconnues des capacités de co-conception, co-production et d'évaluation des services rendus dans le cadre des projets d'accompagnement individualisés élaborés, conduits et évalués par les équipes pluridisciplinaires.

L'accompagnement des professionnels est indispensable pour éviter la tension émergeant de la conception qu'ils ont de leur travail et la perception des attentes ou des demandes de personnes dont ils ont la charge, qu'ils estiment parfois souhaitable de ne pas satisfaire. Comme le rappelle Catherine Grandjean[32] (2008) : « *ce qui s'échange entre professionnels et usagers est régulièrement chargé d'insatisfaction, d'inconfort relationnel, souvent réciproque ... […] … une personne à qui l'on fait remarquer son comportement blessant n'est pas un client satisfait.* »

[31] Grandjean , 2008 cité par Filhol, O. (2010). La démarche qualité: cette douce tyrannie de la transparence. *L'éducation spécialisée au quotidien*, 21-45.

[32] Grandjean, 2008 cité par Filhol, O. (2010). La démarche qualité: cette douce tyrannie de la transparence. *L'éducation spécialisée au quotidien*, 21-45.

L'article L.710.1 de l'ordonnance du 24 avril 1996 fait de l'évaluation de la satisfaction des usagers une étape importante du cycle d'amélioration de la qualité. Appliquée dans le monde industriel, la démarche qualité est soumise à l'arbitrage final du client. Dans le champ sanitaire et social, cette notion n'est pas exempte d'ambiguïtés, puisque la question de la satisfaction est essentiellement arc-boutée au besoin de l'usager et non au désir de la personne. Le professionnel se doit d'apprendre à « *capter le besoin* »[33] d'une personne dont le comportement n'est pas toujours rationnel et qui n'est pas forcément capable d'adopter des choix en pleine conscience et rationalité. Il doit être accompagné pour éviter le burn-out du aux conflits intrapsychiques qui découlent ce cette particularité de la relation d'aide.

d. L'évaluation

L'évaluation s'avère incontournable pour tout professionnel de l'action sociale ou médico-sociale. En permettant d'appréhender le degré d'adéquation des effets d'une action menée au regard d'objectifs qui la sous tendent, la mise en place d'une démarche évaluative constitue un facteur appréciable de la pertinence ou non des réponses institutionnelles. Cette nécessité se double aujourd'hui d'une obligation externe. Il est en effet important de pouvoir transmettre dans un langage compréhensible aux différents interlocuteurs (juges pour enfant, tutelles, décideurs…) des rapports écrits, fruit d'une évaluation concertée.

L'évaluation est à distinguer du contrôle qui vérifie a posteriori l'application d'un projet en regard des missions d'un établissement, des résultats attendus par l'autorité de tutelle. Le contrôle lui s'effectue par rapport à des référentiels qui sont à la fois extérieurs et antérieurs à l'action. L'objet de l'évaluation, par contre, porte essentiellement sur la validité de l'action, c'est à dire sur l'étude de ses effets, la recherche de sens et du bien fondé des pratiques engagées.

L'évaluation renseigne avant tout les acteurs sur la qualité du travail engagé. Elle est donc plus ouverte sur la capacité de transformation, d'adaptation de chacun. Elle peut être considérée pour les acteurs concernés (notamment les professionnels) comme un atout et non comme une menace.

[33] Loubat , 2007

Dans le cadre de l'évaluation, les informations obtenues servent aux acteurs à préparer et promouvoir des interventions nouvelles, après avoir pris la mesure des difficultés, contradictions et limites des actions entreprises.

L'évaluation relève grossièrement de trois types de démarches : la première est synonyme d'expertise, celle qui s'effectue en externe. Elle doit être largement préparée pour éviter le risque de rétention d'informations par l'équipe de professionnels, traduisant une position de méfiance à l'égard d'une telle démarche. La seconde est essentiellement organisée par les professionnels eux-mêmes. Cette démarche auto-évaluative a toujours cours dans le champ social. Elle peut produire des résultats tout à fait crédibles et stimulants, dés lors que l'observation directe des situations par les praticiens eux-mêmes, permet de se dégager d'un trop fort subjectivisme et autorise l'invention d'outils de lecture et de compréhension plus décalée des pratiques et des projets. La troisième relève de l'action-recherche dans le cadre de laquelle l'évaluation est alors pilotée par une cellule regroupant les acteurs de terrain avec la présence d'un intervenant extérieur. Dans cette perspective, les acteurs ne sont pas objet d'une quelconque procédure, ils participent à la construction des outils de compréhension, ils y sont associés, s'y investissent pour en retirer, ou tout au moins tenter d'en retirer du sens et infléchir par conséquent certains projets d'action. Cette démarche compréhensive mobilise les praticiens sur le processus de recherche et d'évaluation.

En définitive, pour recueillir l'adhésion des professionnels et retrouver tout son sens, l'évaluation doit « *mettre en forme l'intelligence pratique, la communication des savoir-faire et les effets en retour sur les personnes en souffrance*.»[34]

Le cadre de référence sus-énoncé sera utile lors des observations du jeu des acteurs effectuées sur le terrain. Il sera également interpellé pour analyser les échanges et les propos tenus lors de la formalisation de leur représentation de l'activité dans les réunions dont l'objectif est de mettre en œuvre la qualité. En effet, dans mon travail de recherche, j'ai supposé que la qualité doit être nourrie par une réflexion collective sur le sens de l'action médico-sociale. Avant d'être technique, la qualité est politique : un idéal pour inspirer confiance, un enjeu de société, une valeur distinctive. Elle exige également la mise en place d'un débat éthique au sein des

[34] Filhol, O. (2010). La démarche qualité: cette douce tyrannie de la transparence. *L'éducation spécialisée au quotidien*, p.40

institutions : lieu de confrontation des valeurs pour l'élaboration de réponses plurielles à des situations singulières.

B. Problématique et questionnements

Le travail effectué dans la perspective de cette recherche consiste en une investigation autour d'une praxis, celle des travailleurs sociaux, depuis l'exigence institutionnelle de la démarche qualité. Comment la démarche qualité peut-elle constituer une forme de management efficace dans le sens où elle permet la mobilisation des équipes dans l'objectif de l'amélioration continue de la qualité au service de l'usager ? Est-ce que la représentation de la démarche qualité qu'ont les acteurs des établissements à caractère sanitaire et social permet durablement d'améliorer la qualité au service de l'usager ? Qu'est-ce que l'exigence institutionnelle de la démarche qualité change dans le rapport des acteurs aux usagers, à la direction, à l'institution?

I. Problématique

La clarification de la problématique et des objectifs de la recherche ont constitué un préalable indispensable au bon déroulement des entretiens avec les responsables des établissements lors de la recherche de terrains d'enquête. L'enjeu, outre l'autorisation de procéder à des entretiens semi directifs auprès des acteurs de l'institution, consistait à établir les modalités de production de connaissance sur la base d'une construction partagée à partir de l'interaction chercheur-participant. Il s'agissait, de mettre en avant l'intérêt, d'un point de vue managérial, de l'analyse de situations professionnelles, de logiques d'actions et de pratiques sociales en situation. Cela a été l'occasion d'établir les bases du travail d'enquête sur un consensus qui tienne compte des valeurs des participants ; valeurs qui ont un impact sur la connaissance produite et sur son processus de construction. Ainsi comme le précisent Anadon & Guillemette (2007) « *la subjectivité et l'intersubjectivité sont considérés comme des moyens incontournables de production des savoirs et non comme des obstacles à la production des connaissances.* » Aussi la question d'une recherche de l'influence du management par la qualité sur les pratiques professionnelles a suscité l'intérêt des acteurs, d'autant qu'il permettait d'aborder le

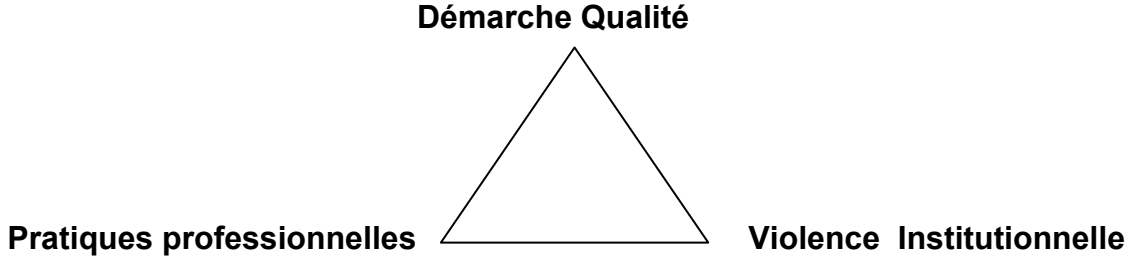
sujet délicat de la violence en institution, avec leur adhésion en tant que participants à la recherche.

1. Le contexte de l'objet

Il est déterminé d'abord la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui impose l'évaluation de la qualité des services dans les établissements à caractère social et médico-social. Cette injonction législative fait suite à la montée en puissance des textes sur la prévention des violences et maltraitances institutionnelles initiée depuis 1998. Ce contexte est également déterminé par la Loi d'Orientation Loi de Finances de 2001 (LOLF) qui prône la rationalisation des coûts et la mutualisation des moyens. La mise en place des contrats d'objectifs et de moyens dans les établissements et l'évolution de la commande sociale font que les professionnels sont soumis à une double injonction : celle de manifester beaucoup plus d'esprit critique par rapport à leurs pratiques et celle de d'administrer la preuve de leur efficacité.

2. Le champ de la recherche

Il sera délimité par trois pôles : celui du management par la démarche qualité, celui des pratiques professionnelles et celui de la violence institutionnelle.



Les enquêtes de terrain se dérouleront dans les établissements médico-sociaux évoqués antérieurement.

3. La problématique de la recherche

Elle a été élaborée à partir de la construction de la qualité dans les établissements. La démarche qualité fait que se rencontrent différents acteurs qui viennent de différents mondes. A l'occasion de ces rencontres émergent différentes représentations, renormalisations, activités professionnelles en regard de cette construction. Quelles sont les traductions qui sont faites de cette démarche qualité sur le terrain ? **En quoi participent-elles à la prévention de la violence institutionnelle ?** Pour quelle amélioration de la qualité du service proposé au service des usagers?

Ainsi, **la question de l'objet**, va s'intéresser aux pratiques professionnelles des acteurs :

Comment un management par la qualité, à visée d'adhésion des salariés influence les pratiques professionnelles au service de la bientraitance ?

II. Questionnements

Au cours de mon investigation, j'ai été en prise avec des objets, des théories, des terrains, des corpus, des situations d'enquête qui ont mobilisé, en fonction de mon évolution dans ce travail, des manières de percevoir et de construire des objets, de les modéliser, de les analyser. J'ai composé, innové pour produire de nouvelles connaissances. Dans ces mouvements, j'ai été amenée à me positionner par rapport à mon objet, à mon terrain, mais également à penser **ma place** (ainsi que la définit CHARLOT en 1997 en évoquant la position anthropologique du sujet) dans la construction même de mon travail : ce qui est le plus adapté à moi en tant que « sujet chercheur ».

M'interroger sur **la posture** de « sujet chercheur » a impliqué un engagement dans un processus de réflexivité. Quel degré de réflexivité a été alors nécessaire pour trouver un équilibre entre progression de la recherche et retour sur soi ? Dans une perspective qualitative, la réflexivité m'a placée en tant que « sujet chercheur » dans un effort d'interprétation, de compréhension, de narration, et dans un effort de confrontation des représentations mentales qui en résultent avec l'expérience, le vécu, les normes, la diversité. Plus généralement, je me suis interrogée sur les processus d'interaction entre la pensée et la réalité de l'action.

En cohérence avec la posture du « sujet chercheur » sus-évoquée, la méthodologie de travail choisie est de type hypothético déductive: l'analyse des entretiens semi-directifs réalisés a nécessité de préciser pour chacun des acteurs concernés deux notions importantes : d'abord **la situation,** dans le sens où la définit Pastré (2002) *« réalité dans laquelle les acteurs se sont engagés »* ; ensuite **le contexte,** selon QUERE (1997) : *« éléments de la situation qui ont un rôle dans l'action. »*

Ainsi, le psychomotricien qui travaille la structuration spatio-temporelle avec un jeune enfant accueilli dans le secteur des 2-15 ans n'est pas engagé dans la même réalité que l'ergothérapeute qui accompagne un adolescent en fauteuil sur le chemin de l'autonomie. Ces deux situations de travail différentes doivent être déterminées et replacées dans le contexte de l'activité pratiquée : quel est l'âge, le sexe, le handicap, « l'histoire » de la personne qui bénéficie de la rééducation ? A quel moment de la prise en charge se situe-t-on ? Le début, le milieu, la fin ? Quand ont lieu les séances, à quelle fréquence ? Dans quel lieu se déroulent-elles ? Une salle banalisée, une salle de rééducation, un cabinet ?

L'analyse de l'activité sera celle de situations de travail déterminées replacées dans leur contexte particulier dans l'environnement médico-social que constitue les terrains d'investigation sus évoqués : l'institut médico-éducatif Albertine LELANDAIS, et la résidence service de l'association « Un toit et moi ».

P. RABARDEL en 2002, définit **le travail** comme « *une activité finalisée d'un homme concret et socialement situé* ». Quand il y a activité de travail, c'est en réponse à **des tâches** dont l'aspect prescriptif est plus ou moins détaillé, contraignant, négociable localement : ainsi, l'enseignant spécialisé, personne concrète socialement située, qui travaille auprès d'élèves déficients intellectuels doit, selon le référentiel de compétences de l'enseignant spécialisé C.A.P.A. - S.H. Option D[35] « *organiser le travail de manière à développer l'autonomie en tenant compte des rythmes de travail de l'élève* ». Ce type de **prescription,** cadre de l'activité**,** donne lieu à différentes traductions observables sur le terrain qui constituent autant d'activités variées : enseignement de l'utilisation de l'outil informatique, aide à la

[35] Circulaire n° 2004-026 du 10-02-2004 : Certificat d'aptitude *professionnelle* pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap, Option **D**: enseignants spécialisés chargés de l'enseignement et de l'aide pédagogique aux élèves présentant une déficience motrice grave ou un trouble de la santé évoluant sur une longue période et/ou invalidant

gestion du matériel et organisation du travail scolaire, accompagnement lors de l'élaboration du projet professionnel personnalisé.

Cet exemple peut s'appliquer à la définition des concepts de tâche et activité en ergonomie : ainsi LEPLAT définit la tâche comme « *ce qui est à faire* » et l'activité comme étant « *ce qui est fait réellement* ».

En ergologie, SCHWARTZ (2009), explique que la prescription de nouvelles normes comme l'exigence de la qualité dans les établissements médico sociaux (loi 2002-2 du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale) et les **normes antécédentes**, comme par exemple le référentiel de compétences de l'enseignant spécialisé (Circulaire n° 2004-026 du 10-02-2004) sont assimilées et combinées aux normes intrinsèques du sujet responsable de l'activité. Cela occasionne un **débat de normes** qui a lieu dans ce que SCHWARTZ nomme **le corps soi** *: « corps humain considéré comme matrice de l'activité humaine où réside le domaine des interactions*». Du débat de normes découle des **renormalisations** issues des confrontations de prescriptions entre celles que s'imposent l'individu et celles qui lui sont imposées. Elles expriment des traductions précises et donnent lieu à des choix. Les valeurs se rendent perceptibles ou sont occultées dans ces choix mais sont présentes comme médiatrices entre le corps soi et ses milieux. Quel que soit leur statut, ces normes sont traversées par des valeurs. L'activité humaine est un « re-travail » permanent de cet univers de valeurs. Par « re-travail », on peut comprendre redéfinition et hiérarchisation qui expliquent qu'une même tâche peut donner lieu à des activités différentes.

Ainsi, les cadres de références fournis par l'ergologie serviront l'analyse de l'activité mais participeront également à l'examen des écrits professionnels produits par les établissements médico-éducatifs : (projet d'établissement, projets personnalisés, livret d'accueil, charte…….) ; conformément aux prescriptions de la loi 2002-2 du 2 janvier 20002 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale : quelles traductions de la loi sont faites sur le terrain, par le biais des « renormalisations », en fonction de l'identité, la culture, l'histoire, l'agrément, le fonctionnement de l'établissement et les représentations des acteurs en regard de la démarche qualité.

Ethique et qualité entretiennent des rapports de réciprocité : pas de qualité réelle sans posture réflexive. La démarche qualité a besoin de créativité et de diversité comme source d'innovation. Un espace doit être prévu pour leur

émergence. Le produit du jeu des acteurs, allié à une idéologie dominante et des valeurs culturelles implicites construit le cadre de référence des choix possibles dans la perspective de la démarche qualité.

Après avoir posé le cadre théorique nécessaire à la construction de l'objet de la recherche, ces dernières réflexions complémentaires, posent quant à elles le cadre de référence qui sert l'analyse de l'activité effectuée au cours de l'enquête sur le terrain. Elles induisent un positionnement méthodologique qui se justifie par le choix de la démarche utilisée, développée au cours du chapitre suivant.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

Les cadres théoriques évoqués dans le chapitre précédent ont permis de construire l'objet de la recherche et ont contribué à définir la méthodologie mise en œuvre. Partant des différentes possibilités d'investigations et d'enquête, ils ont été déterminants dans le choix des techniques utilisées qu'ils permettent de justifier. Avant de présenter l'analyse des écrits des établissements préalable à l'enquête sur le terrain, il est indispensable de revenir sur la construction de l'objet pour poser les hypothèses de travail.

A. Construction de l'objet et les hypothèses de travail

De la dynamique des mondes communs, déjà expliquée dans le chapitre précédent, vont être produits, ce que le courant de l'interactionnisme symbolique nomme **objet frontière .** Dominique Vinck,(2009) reprenant les travaux de M. CALLON et B. LATOUR les définit comme «*des objets abstraits ou concrets, dont la structure est suffisamment commune à plusieurs mondes sociaux pour qu'elle assure un minimum d'identité au niveau de l'intersection tout en étant suffisamment souple pour s'adapter aux besoins et contraintes spécifiques de chacun de ces mondes.* ». Cet auteur explique que **les objets-frontière** sont supposés maximiser à la fois l'autonomie de ces mondes sociaux et la communication entre eux.

Ainsi que je l'ai déjà évoqué, appréhender la qualité comme un objet frontière, selon les caractéristiques ci-dessus évoquées va permettre d'interroger la démarche qualité comme un processus de management volontaire au service de la bientraitance.

Plus précisément, je pose l'hypothèse que construire **une démarche qualité c'est aussi préserver la qualité de vie et prévenir la violence institutionnelle.**

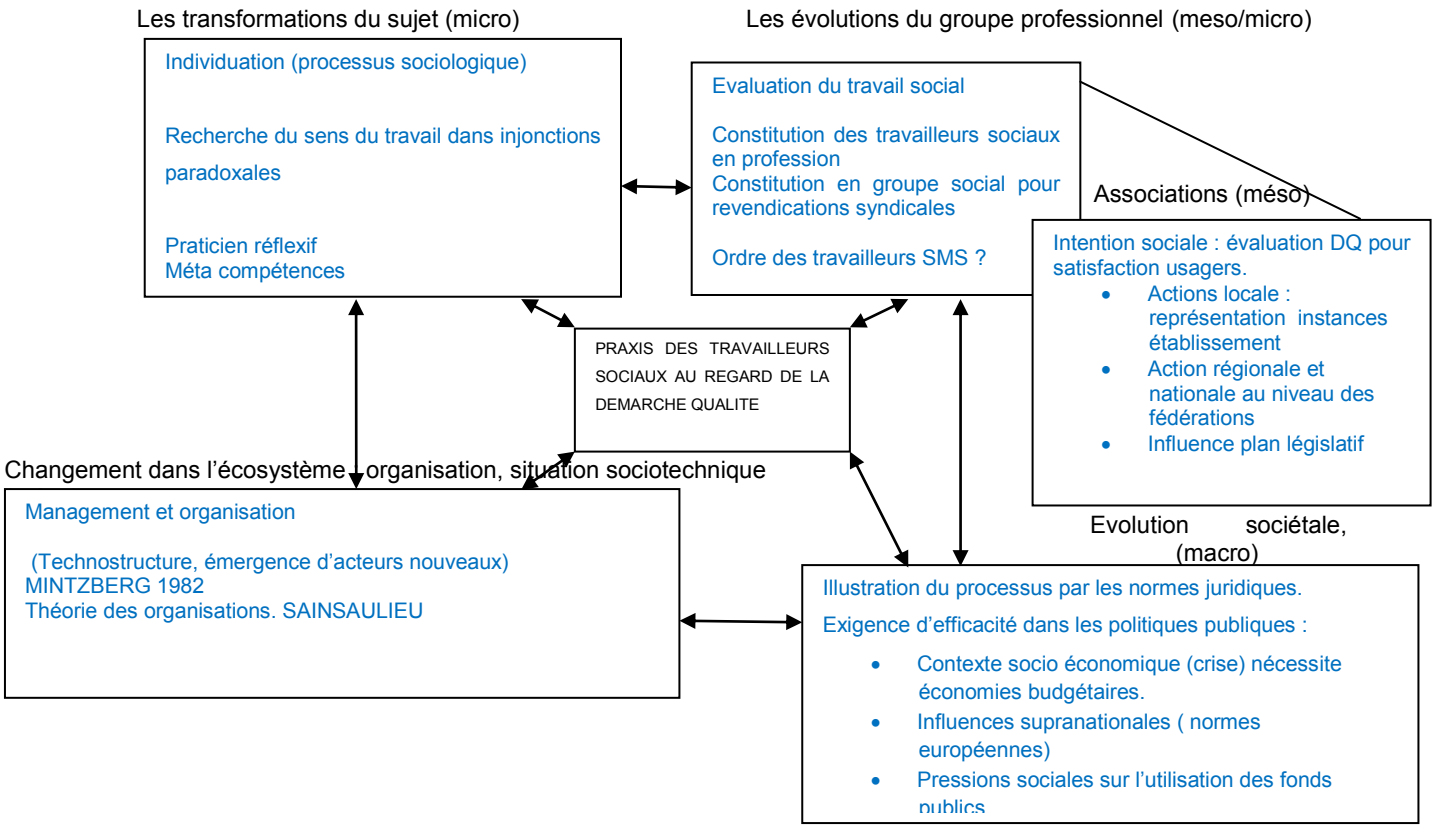
Deux variables clairement identifiées interviennent dans les choix méthodologiques opérés : **la violence institutionnelle à l'égard des usagers** à croiser avec **le management des professionnels à visée d'adhésion des salariés.**

Une autre variable est liée aux liens qui unissent les terrains d'enquête à l'association tutélaire : j'ai fait le choix d'interviewer des professionnels qui exercent dans deux établissements médico-éducatifs indépendants, tantôt sous la tutelle directe des « Papillons Blancs » pour l'I.M.E « Le Landais », tantôt sous la tutelle

d'une association familiale « Un toit et moi », conventionnée par cette même association, pour la résidence service « Austerlitz » de Roubaix qui accueille des adultes handicapés.

Le travail d'analyse consistera à produire un savoir sur la façon dont la démarche qualité en établissement, appréhendée comme un objet frontière, prévient la violence institutionnelle en influençant la pratique professionnelle des acteurs de terrain.

Le positionnement disciplinaire adopté pour aborder l'objet de la recherche mixte les concepts d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité en faisant appel à la notion de multiréférentialité. Celui-ci peut être présenté sous la forme suivante :



Le modèle d'intelligibilité développé distingue des regards centrés sur les individus ou les personnes (perspectives psychologiques), sur les interactions et sur le groupe (perspectives psychosociales), sur les organisations et les institutions (perspectives sociologiques). Il reprend également les trois niveaux d'organisation en sociologie : macro/méso/micro.

Afin de cadrer et baliser mes investigations, j'ai fait le choix de prendre des points de repère en me basant sur les principes du déroulement d'une enquête sociologique, avec préalablement aux entretiens semi-directifs avec les différents professionnels, une analyse des écrits professionnels et institutionnels dans le cadre de la phase exploratoire de l'enquête.

B. Analyse des écrits dans les établissements

Il est nécessaire de présenter les terrains d'enquête dans leur contexte départemental avant de s'attarder sur l'analyse des écrits professionnels, en regard de la violence institutionnelle d'une part, de la souffrance au travail d'autre part.

I. Le cadre de l'enquête

1. L'association tutélaire : « Les Papillons Blancs »

Cette association fondée en 1954 s'inscrit dans un mouvement parental qui se décline au niveau national l'Unapei[36], au niveau régional l'Urapei, et au niveau départemental, l'Udapei. C'est un lieu d'accueil, d'aide et de défense des intérêts des enfants et adolescents adultes, en situation de handicap mental, et de leur famille. A la fois lieu de rencontres et groupe de revendication, elle contribue, par la gestion et la création de services et établissements spécialisés, à permettre l'éducation, les soins, la formation, le travail, l'hébergement, la protection et l'intégration, légitimes, pour toute personne handicapée mentale.

Sur la métropole lilloise, sa zone d'intervention géographique est découpée en six territoires : Armentières, Quesnoy sur Deule, Lille, Cysoing, Seclin-Pont à Marcq, Haubourdin-La Bassée dans une logique de proximité, au bénéfice premier des personnes pâtissant du manque de places en institutions ou services spécialisés. A

[36] Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés

travers ce découpage, aux termes de son projet associatif[37] établi pour 2012 à 2017, cette association reconnue d'utilité publique, construit avec les pouvoirs publics, de nouvelles réponses aux attentes des personnes en situation de handicap et de leur famille.

En tant qu'association parentale, c'est une association militante pour laquelle **le bien-être et l'épanouissement** de toute personne déficiente constituent le fondement de son projet de vie. Elle préconise que la personne en situation de handicap mental doit y être **impliquée** et **partie prenante** dans la mesure de ses possibilités. Cette association n'est affiliée à aucun mouvement extérieur, qu'il soit politique, religieux ou philosophique.

Les grandes orientations retenues pour 2012-2017 se déclinent en trois axes : s'adresser à toutes les personnes déficientes intellectuelles, aller vers une meilleure prise en compte des parcours de vie, aller vers une meilleure connaissance des parcours de vie. Elles soulignent l'importance de la considération de **l'évolution des publics accueillis** qui va de pair avec l'évolution des professions et la formation des personnels. Elles insistent sur l'accompagnement de la personne handicapée et de sa famille, tout au long de la vie, dans une logique de **parcours personnel** et jamais linéaire, avec le souci d'**inclusion** à la vie de la cité.

L'association s'attache à veiller à ce que les services rendus aux personnes et à leur famille soient des **services de qualité**. Pour cela, elle s'appuie sur **l'évaluation interne**, qu'elle développe de manière **participative**, en prenant l'avis des personnes concernées, personnes déficientes et leurs proches, avec l'aide des professionnels. Elle pose le cadre **éthique et politique** de l'accompagnement en se dotant d'un Conseil de la Charte Ethique et Déontologique des associations membres de l'Unapei qui traite les questions qui engagent la qualité de vie des personnes accompagnées sous toutes ses formes.

[37] Projet associatif 2012-2017 de l'association les papillons blancs de Lille

2. Les terrains d'enquête : choix et caractéristiques

Alors que l'étude était initialement prévue en direction exclusive d'Instituts Médico-Educatifs, il m'a semblé opportun d'interroger certains professionnels exerçant auprès d'adultes en situation de handicap, afin de compléter le champ de mes investigations en la matière. Si l'IME « Le Landais » situe son premier niveau d'identité par rapport à l'association tutélaire : « Les papillons blancs de Lille », la résidence-service de Roubaix appartient à une association parentale affiliée à l'Unapei, « un toit et moi », habilitée par le Conseil général, qui agit en tant que financeur et autorité de contrôle, en contrat avec l'association « Les papillons blancs » de Roubaix-Tourcoing. Les terrains d'enquête sont donc reliés à la même association mais à des degrés différents : cela va me permettre d'introduire la variable liée à la prégnance des valeurs institutionnelles mobilisées dans la gestion locale des établissements, valeurs qui interfèrent sur le positionnement des personnels, dans leur pratique professionnelle.

Les structures ont été retenues en fonction de leur niveau d'inscription dans la procédure d'évaluation interne, prescrite par la loi du 2 janvier 2002. En effet, certains éléments du guide d'enquête présupposant une confrontation des directeurs et des équipes à la mise en œuvre de ces procédures, il était nécessaire que ces derniers aient eu préalablement à s'y soumettre, de manière différente dans des contextes variés. L'intérêt pour moi, dans le cadre de ce travail étant de recueillir sur le terrain, un certain nombre d'éléments, de l'ordre du discours, permettant de valider ou invalider mes hypothèses de travail. Mais auparavant, et ceci afin d'éclairer certains propos tenus par mes interlocuteurs, de les contextualiser, voici quelques rapides indications sur les structures auxquelles ils appartiennent.

a. L'Institut Médico-Educatif « Albertine LeLandais »

L'établissement a été créé en 1957. Il s'agit alors du premier établissement de l'association «Les Papillons Blancs » de Lille. Aujourd'hui, l'agrément arrêté en date du 14 novembre 2008 lui confère :

- une capacité de **43 places** pour enfants porteurs de **déficience intellectuelle moyenne ou profonde**, de 5 à 14 ans, avec ou sans troubles associés dont 30 en internat.

Selon les propos du directeur de l'établissement, l'expression « handicap mental » recouvre une acception scientifique, la déficience intellectuelle et une acception sociale, les conséquences qu'il entraîne au quotidien. Il se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, de repérage dans le temps et dans l'espace, d'autonomie dans les gestions de la vie quotidienne. Les origines des déficiences intellectuelles moyennes et profondes sont multiples, à l'origine d'un déficit plus ou moins important du développement cognitif et psychomoteur.

- une capacité de **25 places** pour enfants porteurs de **polyhandicap** de **3 à 18 ans** dont 19 en semi-internat et 6 en internat modulable.

Le docteur E. Zucman (2007) reprend sa définition du terme « polyhandicap » pour décrire *« une population d'enfants porteurs d'handicaps graves à expressions multiples avec déficience mentale sévère ou profonde et déficience motrice, entraînant une restriction extrême de leur autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.»* Pour compléter cette définition, le directeur de l'établissement explique que les enfants porteurs d'un polyhandicap sont confrontés à l'association de déficiences importantes, qui ne s'ajoutent pas les unes aux autres mais se potentialisent. *« On ne peut donc pas les accompagner au quotidien en transposant les outils utilisés dans d'autres champs du handicap. »* Il précise que leur autonomie étant restreinte, elle doit être facilitée et sollicitée à hauteur de ce que chacun peut faire. Il conclut par cette remarque importante selon laquelle, à l'instar, des enfants porteurs de déficience intellectuelle, *« il est nécessaire de trouver pour chaque enfant, unique dans sa personnalité, ses capacités et ses compétences, les outils, moyens et procédés, parfois destinés à lui seul, permettant d'entrer en relation, de favoriser l'autonomie, donnant accès aux loisirs et permettant une situation d'apprentissage. »*

L'IME constate **une évolution majeure** pour chacun des profils d'enfants qu'il accueille. L'analyse des comptes-rendus rédigés par les assistantes sociales de l'établissement, à l'issue de rencontres avec des familles, dans le cadre de pré-admissions, apporte un regard très concret sur l'évolution des publics à laquelle le positionnement de l'établissement doit désormais répondre : des enfants déficients intellectuels dont les difficultés s'aggravent et ne relèvent plus exclusivement du

handicap mental ; des enfants polyhandicapés dont la fragilité s'accroît et pour lesquels la dimension de soins prend une part de plus en plus prépondérante dans le projet individualisé d'accompagnement.

Le projet d'établissement stipule à la page 29 que : *« l'établissement se situe dans une démarche d'amélioration continue de ses pratiques d'accompagnement. En écho au projet associatif de l'Apei de Lille, aux dispositions légales introduites par la loi du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 ainsi qu'aux diverses recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Agence nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements médico-sociaux (Anesm), il est engagé dans un travail constant de promotion et de la bientraitance des enfants accueillis.»*

La mise en œuvre d'une politique institutionnelle d'aide aux aidants est une des orientations majeures du projet d'établissement. Elle trouve ses premières concrétisations dans la grande modularité d'accueil proposée mais aussi dans les missions spécifiques que certains professionnels remplissent avec les parents, notamment sous forme d'aides administratives et techniques. Ces interventions d'aide aux familles s'appuient sur une valorisation des compétences parentales, le strict respect de la confidentialité, un appui technique, notamment dans le cadre des démarches à effectuer auprès de la MDPH et un entretien régulier du lien entre les familles et l'établissement : intégration des attentes et observations des parents dans la prise en charge de l'enfant.

Un autre aspect du fonctionnement de l'établissement a trait à l'accueil d'enfants en situation de handicap mental et de polyhandicap qui ne sont pas inscrits à l'effectif courant de l'établissement. Il s'agit de l'accueil temporaire : l'I.M.E se positionne comme un *« plateau-technique ressource sur la métropole lilloise pour répondre à des besoins parentaux que les autres établissements, par la période de fermeture durant les congés scolaires, par leur absence de solution d'hébergement, ne pourraient satisfaire.* » [38]

L'établissement affiche une orientation d'ouverture sur son environnement reprise clairement dans tous les écrits institutionnels : l'objectif consigné est de satisfaire les besoins présentés par les enfants accueillis, particulièrement dans le

[38] Projet d'établissement IME Le landais 2011-2015 p.37

domaine du soin, de l'éducation et de la socialisation. Dans ces perspectives, de très nombreux partenariats, pour la plupart conventionnés sont mis en place avec les autres établissements de l'Apei, avec la municipalité de Villeneuve d'Ascq, l'Education Nationale et l'Aide Sociale à l'Enfance, les associations de quartier et les établissements culturels.

L'I.M.E affiche également, dans les écrits institutionnels, une politique de transversalité interne indispensable pour appréhender avec efficacité les demandes des personnes accueillies ou susceptibles d'être accueillies dans l'établissement. Si chaque service a sa raison d'être et sa spécificité, la modularité d'accueil exige des combinaisons de réponses, issues de la confrontation des valeurs et qui tiennent compte de toute la diversité des situations des enfants accueillis. Ainsi l'établissement affiche clairement que l'ensemble des professionnels est donc au service de l'ensemble des enfants de l'I.M.E. : *« la qualité de l'accompagnement humain dépend également, au-delà de la question des moyens alloués par les autorités de tarification, de la capacité de l'établissement à attirer et à mobiliser dans la durée les compétences requises autour de son projet institutionnel »*[39]

Enfin, l'établissement affiche une posture professionnelle de bientraitance comme une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre et réactive à ses besoins et à ses demandes. Forte de cette conception, la direction de l'IME réaffirme quelques managériaux comme :

-La présence et l'engagement de l'encadrement
-Le partage des décisions de recrutement entre les membres de la direction
-La valorisation des idées, talents et compétences spécifiques
-L'interdisciplinarité
-L'accompagnement et l'aide aux professionnels de terrain

Le projet d'établissement se conclut en soulignant que le processus d'amélioration de la qualité du service rendu aux enfants accueillis n'est jamais achevé : « *la validation du document qui le consigne n'en est qu'une étape et un engagement à poursuivre les orientations qui y figurent dans la perspective d'une amélioration continue de la qualité de service produit*. »[40]

[39] Projet d'établissement IME Le landais 2011-2015 p.115

[40] Projet d'établissement IME Le landais 2011-2015 p.131

b. La résidence service « Austerlitz » de l'association « Un toit et moi »

L'association « Un toit et moi », a été crée en 1986, à l'initiative de parents ne trouvant pas pour leurs enfants une offre de service en adéquation avec leurs besoins. C'est une association habilitée par le Conseil Général du Nord qui, depuis 2010, a formalisé sa coopération et son partenariat avec « Les Papillons Blancs » de Roubaix-Tourcoing dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sociale et médico-sociale. Cela a permis la mutualisation des moyens et la gestion des personnels à temps partagé mais aussi l'exercice commun des missions à caractère social et médico- social : la promotion, la réalisation, la gestion de résidences s'adressant à des personnes déficientes intellectuelles adultes. A l'issue de la prochaine période d'évaluation externe, programmée pour septembre 2014, l'association « Un toit et moi » devrait être complètement intégrée aux « Papillons Blancs ».

Pour assurer un accompagnement sécurisant des personnes déficientes intellectuelles dans la perspective de leur inclusion dans la société, l'établissement offre aux personnes accueillies un logement adapté dans un cadre personnalisé, et un accompagnement qui concilie une vie en autonomie et le recours à certains services que les résidants[41] ne peuvent assumer seuls.

L'association gère six sites dénommés « Résidences-Services » chapeautés par un siège central qui assure le fonctionnement administratif et financier, sous l'autorité d'un directeur responsable devant la présidence et les différentes instances de l'association. Chaque résidence dispose par convention d'un agrément du Conseil Général du Nord qui finance notamment les salaires et les loyers des parties communes. Les budgets sont établis par résidence et chacune est animée et coordonnée par un chef de service qui a la responsabilité hiérarchique d'une équipe de professionnels et qui gère le budget dédié.

L'histoire de l'association a permis, tant aux professionnels qu'aux résidants de développer un attachement et un sentiment d'appartenance aux lieux d'accueil grâce à une organisation très décentralisée permettant aux structures de développer une certaine autonomie. Néanmoins, les professionnels comme les résidants

[41] Résidant= personne accueillie

développent des liens transversaux entre les différentes résidences dans un souci de mutualisation des moyens et d'entretiens des liens construits.

Tout le projet de l'association est bâti autour de la notion de respect du choix du résidant, pierre angulaire de l'accompagnement qui permet le respect de la liberté individuelle et l'accès à l'autonomie et à la citoyenneté. Ainsi l'accompagnement individualisé est pensé en fonction des besoins mais aussi selon les capacités de chacun, compte tenu du degré d'autonomie, du vécu et des représentations. Le travail effectué autour de la liberté de choisir et l'accès au statut de sujet de droit sont décrits dans le document comme des idées force, fédératrices du fonctionnement des six résidences.

Une place particulière est consacrée à la famille, considérée comme un partenaire privilégié. Sa place se définit au moment de l'admission puis évolue en fonction de la situation de chacune des parties du projet d'accompagnement individuel. Dans la relation qu'entretiennent les professionnels et les familles des personnes accueillies, il est souligné comme essentiel *« d'engager le dialogue pour naître une relation de confiance indispensable à tout travail de co-construction ».*[42] C'est en se positionnant en tant que garant du respect des droits des personnes accueillies que les professionnels puisent leur légitimité d'agir.

Les structures accueillent des personnes adultes dont le handicap mental est reconnu par la M.D.P.H[43] et qui sont âgées de moins de 60 ans à leur entrée en résidence. Toutefois, ces personnes doivent être suffisamment autonomes, soit pour exercer une activité salariée en milieu adapté ou ordinaire, soit pour avoir une activité occupationnelle dans le cas où elles ont fait valoir leur droit à la retraite. Elles peuvent ou non bénéficier d'une mesure de placement sous curatelle ou sous tutelle. Elles doivent disposer de ressources financières pour couvrir l'ensemble des charges.

Aux termes du contrat de séjour, ce sont les personnes accueillies, mises en situation de faire des choix, qui négocient la façon dont leurs fragilités peuvent être compensées dans le cadre de leur projet individualisé. Le projet est révisé en fonction de l'évolution des besoins, conséquence attendue de la prise en charge de la problématique spécifique des sujets à leur arrivée.

[42] Projet d'établissement association « Un toit et moi » octobre 2012

[43] Maison Départementale des Personnes Handicapées

Le projet d'établissement pose que l'objectif de l'accompagnement réside dans la volonté de soutenir individuellement chaque personne accueillie et de mobiliser, de renforcer, et de maintenir son autonomie dans la gestion de la vie quotidienne et dans son aptitude à faire des choix. Cet objectif nécessite une continuité et une cohérence des interventions des différents professionnels : le projet d'accompagnement individualisé est désigné comme l'outil de référence qui permet la coordination, la lisibilité et l'évaluation des différentes interventions mises en place autour de la personne accueillie.

Selon les propos tenus par les cadres éducatifs des résidences, le projet d'accompagnement individualisé, co-construit avec le résidant, a pour objectif d'apporter une réponse aux besoins de chacun, tout en tenant compte de leurs désirs, et ce en fonction de leurs capacités et leurs potentialités. La démarche retenue pour recueillir les informations nécessaires à sa construction consiste en une intervention au domicile des personnes accueillies afin d'y mener un travail d'observation et d'évaluation des désirs ressources et fragilités. Des fiches actions permettent aux professionnels de créer les outils indispensables au recueil, analyse et exploitation des informations données par les résidants dans la perspective de la construction de leur projet individualisé d'accompagnement. Le projet d'établissement impose la formalisation et la consignation de données concernant les personnes accueillies via la création d'outils spécifiques comme une condition nécessaire à la qualité de l'accompagnement. Au-delà de la création d'outils, c'est bien dans une démarche de projet qu'il inscrit tous les professionnels via des réunions périodiques. Ces réunions ont pour objectif de définir de définir en équipe pluridisciplinaire une posture éducative. Elles donnent une dimension institutionnelle d'élaboration d'outils communs dans le cadre d'une réflexion éthique sur la base de confrontation des valeurs.

Un des axes de réflexion prioritaire du projet d'établissement est relatif au vieillissement du public accueilli : outre l'accroissement du recours de l'aide à domicile pour des actes de la vie quotidienne, l'apparition de troubles associés pose de nouvelles problématiques. L'adaptabilité des équipes n'est envisageable que par une actualisation des formations et une réorganisation de la gestion des moyens humains. La nouvelle perspective de l'accompagnement que le vieillissement de la population implique, est l'occasion de re-questionner le sens de l'offre de services proposée et l'organisation des moyens humains disponibles

II. Les débats dans les établissements

L'analyse des écrits professionnels qui m'ont été communiqués m'a permis d'appréhender la mise en place la démarche qualité dans ces structures, les espaces qui étaient consacrés à son élaboration et l'influence que cela pouvait avoir sur l'amélioration continue de la qualité de services. Grâce à un travail de pré-enquête d'observation sur le terrain j'ai pu repérer l'expression de la violence institutionnelle telle que je l'ai définie dans les concepts qui me servent de cadre de référence. Comment elle se manifeste et à quelle occasion ? Comment elle est perçue, vécue par les professionnels. Des entretiens de type semi directif avec les acteurs de terrain : directeur, responsable qualité, éducateur, enseignant, psychologue, pour l'IME ; directeur, chef de service, aide médico-pédagogique, moniteur éducateur, maître de maison et veilleur de nuit pour la résidence service devraient me permettre de recueillir des informations sur la perception de la démarche qualité en établissement confrontée à la réalité de la violence institutionnelle. Les représentations de cette violence qu'en ont les acteurs, la façon dont ils la vivent dans le quotidien de leur activité professionnelle, qu'ils en soient auteurs conscients ou inconscients ou simples spectateurs.

1. En regard de la démarche qualité

Les écrits institutionnels et professionnels nourrissent les débats en regard de la violence institutionnelle et l'élaboration de protocoles pour son traitement. Si à l'IME Lelandais, des espaces sont institutionnellement prévus pour une réflexion éthique autour de la qualité des prestations proposées, cela n'est pas le cas pour les résidences-services de l'association « Un toit et moi » qui accueillent des adultes déficients intellectuels. Dans cette petite structure, il existe des outils de liaison formels, qui consignent les écrits des professionnels ; les incidents sont traités au cas par cas dans le cadre d'entretiens avec le responsable de la résidence-service. Des solutions plurielles peuvent être élaborées pour une situation singulière lorsqu'elle celle-ci est inscrite à l'ordre du jour d'une des réunions de synthèses et de coordination régulières.

La promotion de la bientraitance transparaît dans les écrits professionnels de l'IME Lelandais : la volonté de personnaliser les prestations d'accompagnement des

personnes bénéficiaires et la coordination des actions qu'elle nécessite sont consignées dans le Projet Individualisé d'Accompagnement de l'usager. Il est piloté, conformément aux recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation, par un coordinateur, professionnel éducatif de l'établissement, interlocuteur privilégié des parties prenantes, chargé de veiller au bon déroulement des différentes phases du projet, à son évaluation et à son éventuel réajustement. Lorsqu'il promeut, notamment dans son contrat de séjour, la recherche de pratiques bientraitantes, il rappelle que le risque de maltraitance est co substanciel au fonctionnement quotidien de tout établissement social ou médico social, il s'engage à tenter d'améliorer en permanence ses pratiques d'accompagnement et donc à ne jamais satisfaire, ni à banaliser l'occurrence d'événements indésirables.

Les recommandations de « bonnes pratiques professionnelles » de l'Anesm[44] ont été diffusées et commentées auprès des personnels au cours de journées pédagogiques. Quatre axes principaux de réflexion ont guidé les travaux des professionnels autour d'une définition de la maltraitance sur la base de la classification du Conseil de l'Europe de 1992[45]:

- Rendre la famille et l'usager co-auteur du parcours
- Travailler sur la qualité du lien entre professionnel et usager (et la famille)
- Enrichir la structure et les accompagnements de toutes les contributions internes et externes pertinentes
- Apporter un soutien aux professionnels de terrain dans la démarche de bientraitance

Chaque rentrée scolaire est l'occasion d'évoquer la procédure de signalement des faits de violence et de maltraitance en vigueur dans l'association et affichée dans l'établissement. Aussi, le dispositif de recueil et de traitement des situations indésirables permet l'examen hebdomadaire, par le comité de direction, des notes d'incidents de la semaine. Leur examen statistique est un indicateur d'une plus ou moins grande présence de qualité plus globale.

Aux termes du projet d'établissement de l'Association « Un toit et moi », la personne accueillie est considérée comme « *un sujet de droit mis en posture*

[44] ANESM : recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

[45] Cf. : annexe 2

d'exercer ses choix éclairés »[46]. La notion de violence institutionnelle est évoquée à partir du moment où il y a entrave au droit de choisir. La bientraitance se concrétise dans « *le respect du choix du résidant, pierre angulaire de l'accompagnement proposé puisqu'il permet le respect de la liberté individuelle et par là même son accès à l'autonomie et à la citoyenneté*. »[47]

Dans cette perspective, la place des familles se définit, avec les professionnels de l'association, au moment de l'admission puis évolue en fonction de la situation de chacun. Toute la difficulté est d'établir une relation de confiance et un dialogue indispensable au travail de co-construction du projet de la personne accueillie. A cette occasion, sont évoquées avec les familles, les notions de violence et de bientraitance. Une clarification de ces notions et des conséquences qui en découlent, quant au respect des droits et quant à l'accompagnement des résidants, permet que la juste place de chacun se dessine dans une négociation entre professionnels et famille, dans le contexte singulier de l'histoire familiale marquée par la survenue du handicap. L'objet de cette négociation est de faire admettre aux familles que la personne accueillie reste une personne vulnérable mais qu'elle est également une personne en devenir. C'est en se positionnant en tant que garant du respect des droits de la personne accueillie que les professionnels puisent leur légitimité d'agir.

L'évolution des besoins des personnes accueillies réinterroge les pratiques et les concepts qui la sous tendent en termes d'accompagnement. L'exigence de la formalisation des écrits dans la perspective de la continuité et la coordination des actions éducatives, permet de prendre de la distance et sont la base des débats dans les réunions de service régulières, où les projets personnalisés et la qualité de l'accompagnement proposé occupent désormais une place centrale.

2. En regard de la souffrance au travail

Afin de prévenir la souffrance au travail, le projet d'établissement de l'IME Lelandais érige une des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm comme un principe managérial : *« La posture professionnelle de*

[46] Cf. : projet d'établissement association « Un toit et moi »p.3

[47] : Cf. : projet d'établissement association « Un toit et moi »p.10

bientraitance est une manière d'être, d'agir, et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus…..elle ne peut se résumer à une série d'actes… ». A partir de là, il décline la présence et l'engagement de l'encadrement, les décisions de recrutement partagées entre les membres de l'équipe de direction, la valorisation des idées, talents et compétences spécifiques des salariés. Il expose également le fonctionnement d'outils de soutien aux professionnels tels que « les groupes d'analyses de pratiques », groupes d'expression centrés sur l'analyse de la pratique animés par des personnes extérieures à l'établissement, ou des « fiches de poste », prescriptives de la tâche pour chacun des postes de l'organigramme. Les personnels sont accompagnés dans leur mobilité ou leur formation professionnelle à travers un entretien de parcours qui constitue *« un outil de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ».* Si cet entretien permet au salarié d'échanger avec un supérieur hiérarchique sur les pratiques professionnelles, il reste un outil privilégié pour son accompagnement dans un projet professionnel au plus près des compétences développées ou en devenir.

C'est en évoquant le vieillissement de la population accueillie que transparaissent les risques de souffrance au travail dans les résidences-services de l'association « Un toit et moi ». Le projet d'établissement souligne à ce sujet l'apparition ou le renforcement de troubles associés, troubles psychiques, troubles envahissants du développement, autisme, pour lesquels les professionnels ne sont pas formés. Ainsi, pour certaines personnes accueillies, c'est la nature même de l'accompagnement proposé qui change de nature et demande une adaptabilité aux équipes qui ne sera permise que via une actualisation des formations qui propose de nouveaux outils et une meilleure connaissance des pathologies. Par ailleurs, il souligne également que l'évolution de l'accompagnement impose un soutien plus conséquent et une présence humaine accrue auprès des résidants ; bref, une réinvention de l'institution qui doit être repensée en fonction de ce nouveau paramètre, à partir des résultats de la prochaine évaluation programmée dans la perspective de l'intégration prochaine à l'association des « Papillons Blancs ».

Le cadre de l'enquête ainsi exposé va permettre de justifier le positionnement paradigmologique et les choix de la démarche utilisée.

C. Positionnement méthodologique et paradigmologique

La question de l'objet : *«* **Comment un management par la qualité, à visée d'adhésion des salariés influence les pratiques professionnelles au service de la bientraitance ?** *»* implique une approche de la qualité par le sens qu'y mettent les acteurs. Le choix de la problématique induit la nécessité de saisir la représentation qu'ont ces acteurs, issus de mondes sociaux différents, de la démarche qualité. L'analyse de la traduction qu'ils en font sur le terrain, en fonction des exigences institutionnelles, met en exergue les tensions entre prescription de la tâche, « renormalisation »[48], et réalité de l'activité. La recherche adopte dès lors **une fonction herméneutique** pour appréhender les représentations des professionnels de ce management volontaire au service de la bientraitance.

La présentation de l'objet de recherche dans sa multi dimensionnalité (cf. schéma ci-dessus) a permis de repérer les processus qui influencent la transformation de la praxis en regard de l'exigence institutionnelle de la qualité : transformation de la praxis perçue et vécue par les acteurs du secteur social et médico-social.

Dans cette configuration, la production de savoirs ne peut être que le fruit d'analyses de situations concrètes de travail, au sein d'organisations diverses, qui ne peuvent se faire que par le biais d'entretiens dans le contexte d'une variété d'approches et de stratégies. Le plus souvent, ce type de démarche est désigné comme s'inscrivant dans **une approche qualitative**.

Afin de cadrer et baliser mes investigations, j'ai fait le choix de prendre des points de repère en me basant sur les principes du déroulement d'une enquête sociologique : la méthode utilisée vise à **rendre compte de la réalité étudiée**. La façon d'approcher le terrain d'étude passe par une phase exploratoire où je suis, en tant que chercheuse une observatrice extérieure au terrain d'enquête : une observatrice étrangère pour qui tout doit être nouveau. De ce fait, toute donnée d'observation pose un problème d'analyse et de compréhension mais permet au final de mieux appréhender le contexte de la recherche.

Pour saisir les mécanismes, pour comprendre la dynamique même de l'ensemble de ces rapports humains, je dois aller au-delà en tant que chercheuse : je

[48] Cf. : Y. Schwartz

dois pouvoir **connaître et analyser les perceptions**, **sentiments et attitudes** que les acteurs eux-mêmes ont à l'égard de tous les aspects de leur vie dans l'organisation. Le choix de recueillir les données par le biais d'entretiens semi-directifs, se justifie par la nécessaire analyse des représentations des acteurs et l'étude des objets frontières [49] élaborés dans espaces réservés aux réflexions éthiques sur la démarche qualité. La préparation minutieuse de ces entretiens à l'aide d'un guide créé à partir de l'objet de recherche, avec **des indicateurs,** (manifestations observables d'un comportement en lien avec le concept étudié) choisis en fonction des **dimensions des concepts de cet objet,** est le garant d'une récolte de données exploitables : l'entretien doit faire produire un discours. Sa valeur heuristique tient donc à ce qu'il saisit la représentation articulée à son contexte expérientiel et l'inscrit dans un réseau de significations. Il ne s'agît pas seulement de faire décrire mais de faire « parler sur» dans le contexte particulier que représente le lieu de travail.

Le plan d'entretien, lui-même structuré doit être élaboré pour que les données produites puissent être confrontées aux hypothèses. L'objectif visé de l'enquête par entretien est de faire apparaître les « comment » : l'explicitation des représentations individuelles doit pouvoir révéler les processus, les logiques d'action et de leur fonctionnement.

C'est lors de la réalisation effective des entretiens que va s'exercer l'art d'aider l'interviewé à parler, aiguiller le discours sur les points oubliés ou négligés, soutenir l'émergence de l'implicite et susciter si nécessaire l'explicitation. L'activité d'écoute du chercheur n'est pas assimilable à un acte d'enregistrement de données : elle traite en temps réel l'information communiquée par l'interviewé, elle est productrice de significations en mettant en œuvre des opérations de sélection, d'inférence, de comparaison par rapport aux objectifs de l'entretien. Ainsi dirigée vers les objectifs, l'écoute est guidée par les hypothèses préalables explicites ou implicites. Elle devient une activité cognitive qui implique un **retour réflexif** sur les présupposés de la recherche. Si l'écoute constitue la clé du sens de la réponse discursive de l'interviewé, on peut imaginer que l'explicitation des processus mis en œuvre dans cette activité permettra d'interpréter correctement le discours de la personne interviewée.

[49] Cf :théorie des mondes sociaux P. Béguin

La méthodologie de l'entretien repose ainsi sur la technique d'écoute, sa préparation et son explicitation après coup. Mais cette écoute est d'autant plus performante qu'elle est instruite par des perspectives précises et un cadre de référence théorique explicite.

I. La phase exploratoire

Afin de pouvoir employer une méthode de recherche qui me permettrait de recueillir efficacement des données à analyser, il m'a fallu d'abord clarifier mes intentions de chercheur : **connaître et comprendre les phénomènes humains**, ce qui se joue sur le plan relationnel dans une organisation humaine, en l'occurrence un établissement à caractère médico-social ou une résidence service, en regard de la démarche qualité.

Lors de la phase de construction de l'objet, je ne disposais pas d'hypothèses précises et testables. J'ai essayé de me munir *« d'une sensibilité théorique »* (1967, Glaser et Strauss, 1990, Strauss et Corbin)[50] et établir un cadre conceptuel délibérément vague et ouvert de façon à rester réceptive aux événements qui pourraient survenir dans le cadre du travail mené. L'objectif était d'aborder le phénomène de manière consciente et contrôlée, de trouver un équilibre entre une trop grande prédétermination du phénomène par le bagage théorique et une trop grande ouverture face au terrain.

En formulant mon sujet d'étude, j'étais consciente de l'étape intermédiaire qu'il me faudrait franchir avant de pouvoir entrer véritablement dans un travail de recherche. En effet, professionnelle de l'éducation nationale, même s'il m'a été donné d'avoir des contacts avec des responsables d'établissement du secteur médico-social, je n'étais que très peu familiarisée avec la notion de démarche qualité. C'est la raison pour laquelle, après avoir sélectionné mes terrains d'enquête, j'ai entrepris un travail d'investigation exploratoire qui m'a permis de structurer mon champ d'étude.

[50] cités par Bühlmann, F., & Tettamanti, M. (2007). Le statut de l'approche qualitative dans des projets de recherche inter disciplinaires. *Recherche qualitative*.

1. Les composantes de la phase exploratoire

J'ai d'abord pris contact avec différents protagonistes, directeurs et cadres éducatifs, qui œuvrent dans le cadre de la démarche qualité. A l'occasion de ces rencontres, j'ai pu mener un certain nombre d'entretiens informels qui m'ont permis d'avoir une plus juste représentation de leur rôle dans la structure ; parfois même, j'ai été autorisée à les observer en situation de travail alors qu'ils me faisaient visiter l'établissement.

Aussi, j'ai pu recueillir des données précieuses, utilisées lors de l'analyse documentaire, telles que projets d'établissement, contrat de séjours, charte, outils de travail élaborés en équipe, et écrits professionnels des acteurs. Etaient également mis à ma disposition des données statistiques sur l'évolution des populations accueillies et le traitement des incidents survenus dans l'établissement, ainsi que certains comptes-rendus de réunions institutionnelles.

Ensuite sont venues les questions sur le pourquoi de la situation observée. Les lectures complémentaires effectuées ensuite, dont certaines d'ailleurs conseillées par mes interlocuteurs (citées dans la bibliographie en annexe) ont contribué à l'éclairage de la notion de démarche qualité et d'amélioration continue de la qualité de service, pour la néophyte que j'étais au démarrage de ce travail.

« *Le cadre contractuel de la communication est, dès les premiers contacts, constitué par les représentations et les croyances mutuelles des interlocuteurs sur les enjeux et les objectifs du dialogue* ». (Blanchet, 2003)

Pour instaurer le cadre **contractuel initial**, annoncer les motifs et l'objet de ma demande, garantir la confidentialité de l'entretien, j'ai sollicité, sur les deux terrains d'enquête retenus, ma participation à une réunion institutionnelle régulière qui regroupe les différents acteurs intervenants auprès des usagers.

A cette occasion, j'ai présenté l'objet de ma recherche, le thème à explorer, le type de questions qui seraient posées, la durée et les modalités de l'entretien. J'ai également précisé ce que j'attendais de la personne interviewée : j'ai ainsi pu fournir, à la demande et en direct, les explications complémentaires nécessaires, que l'exposé de mon travail n'a pas manqué de susciter.

J'ai mis un soin particulier à préparer mon intervention car de la clarté de cette présentation dépendait la confiance nécessaire à l'établissement du dialogue. Je n'ai pas omis de préciser que le choix définitif des personnes à interviewer serait

déterminé suite à l'analyse des écrits professionnels des structures d'accueil, et qu'il répondrait à un critère de complémentarité, ceci, pour me donner la représentation la plus exhaustive possible de la démarche qualité au service de la bientraitance.

A l'issue de la réunion, j'ai récupéré les coordonnées électroniques des participants auxquels j'ai envoyé un bref résumé de l'objet de ma recherche avec le récapitulatif des modalités de l'entretien que je projetais d'effectuer. Je n'ai pas manqué de leur rappeler que je me tenais à leur disposition pour toute information complémentaire nécessaire et que je me permettrais de prendre contact, ultérieurement, pour proposer un rendez-vous sur le lieu de travail ou pour leur signifier que leur participation au processus de recherche n'était pas indispensable.

2. La place particulière de l'analyse documentaire

Les quelques observations ouvertes effectuées, ainsi que les entretiens non directifs menés, ont été consignés sous forme de prise de notes. Leur étude, que j'ai recoupée avec l'analyse des écrits professionnels qui m'avaient été communiqués et les lectures qui m'avaient été conseillées par mes interlocuteurs, a fait apparaître des thèmes récurrents. Elle a également permis un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et une reformulation des questions de recherche en questions d'enquête pour les acteurs à interroger. Je précise que je nomme **indicateur** toute manifestation observable verbale ou non verbale d'un comportement en lien avec la **dimension**, composante du concept étudié.

Si l'analyse des documents recueillis m'a permis de présenter le contexte des enquêtes et de faire ressortir les caractéristiques des démarches qualités mises en place, elle m'a également aidée à définir précisément les outils de prévention de la violence institutionnelle utilisés dans les deux institutions et comprendre leur opérationnalisation sur le terrain. Ainsi, j'ai pu déterminer ce qui relève de la prescription et des procédures exigées par la démarche qualité dans les écrits et, à partir de là, dégager des variables à croiser dans le cadre de mes hypothèses à vérifier sur le terrain : à partir des concepts de « démarche Qualité » et « Violence Institutionnelle », que j'ai déclinés en autant de dimensions que nécessaire, j'ai listé une série d'indicateurs significatifs pour mon analyse de données à recueillir au travers des entretiens. De là, j'ai élaboré un guide, avec des questions formulées dans l'objectif de recueillir les représentations des acteurs en regard de la démarche

qualité, données à croiser avec celles qui traduisent la perception qu'ils ont de la violence institutionnelle.

Enfin l'analyse documentaire a été déterminante dans le choix des populations à interviewer : définir la population, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger et à quel titre. Cette définition suppose que soit précisé chaque fois **son statut d'informateur**. Les critères de choix de la population à interroger sont liés aux hypothèses et participent à la construction de l'objet. Si je pars des hypothèses enchâssées selon lesquelles « la démarche qualité influence les pratiques des professionnels et que ces pratiques professionnelles évoluées ont une incidence sur le recul de la violence en institution », je vais composer le corpus selon un critère de diversification : sélection d'acteurs dont les pratiques complémentaires donnent une **représentation exhaustive** du management par la qualité, au sein de l'institution. La constitution du corpus diversifié résulte du compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations et, simultanément, l'obtention d'unités d'analyse suffisantes pour permettre d'accéder le plus possible aux différentes postures et représentations pratiques, discours.

J'ai fait le choix de diversifier le corpus selon les variables liées au thème à savoir : **la violence institutionnelle à l'égard des usagers** qui m'amènera à interviewer des professionnels en contact direct avec les populations accueillies d'une part, et **le management des professionnels à visée d'adhésion des salariés** d'autre part, qui me conduira à des entretiens avec les cadres éducatifs et responsables des structures concernées. Il s'agissait, pour pouvoir reconstituer l'ensemble des représentations, de récolter un éventail complet des points de vue et expériences des différents acteurs qui façonnent, par des actions tantôt complémentaires, tantôt antagonistes, l'ensemble du système humain de l'organisation.

Le tableau récapitulatif ci-dessous présente le listing des personnes à interviewer élaboré à l'issue de la phase exploratoire :

	Cadres en charge du management	Personnels en charge des usagers
Institut Médico Educatif : « Le Landais »	**Directeur** Mission de management par DQ	**SECTEUR DU POLYHANDICAP** **Des personnes qui interviennent également en internat.** **Moniteur Educateur, coordonnateur de projets d'accompagnement** secteur Mission d'éducation & DQ **Maîtresse de maison** Mission logistique & DQ
		SECTEUR DE LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE **Educateur** **Aide médico Pédagogique** **Moniteur Educateur** Mission d'éducation & DQ **Psychomotricien** Mission de soin&DQ **Enseignant spécialisé** Mission d'enseignement &DQ
Résidence Service Austerlitz	**Chef de service** Mission de coordination des actions en regard DQ	**Aide Médico Pédagogique faisant fonction d'éducateur** **Moniteur éducateur** Mission animation&insertion sociale **Veilleur de nuit** Surveillance de nuit

II. Le choix de la démarche

C'est la technique dite des entretiens qui a retenu mon attention. Ainsi, **la place accordée au point** de vue des personnes est prépondérante et inscrit définitivement le projet dans une perspective de **recherche qualitative.** Si la nécessaire extériorité de l'observation pouvait apporter une nuance, il n'y a plus de doute lors de la phase où en tant que chercheuse, je dois quitter provisoirement ma position d'observatrice extérieure pour me mettre à la place des acteurs et essayer de comprendre « de l'intérieur » leurs attitudes et comportements dans, et vis-à-vis de l'institution. Le moyen que j'ai utilisé pour cela, c'est de m'adresser directement aux acteurs eux-mêmes, de les interviewer directement sur leur travail, leur situation, leurs objectifs, dans le cadre **d'entretiens semi-directifs**. Je suppose que la plupart des témoignages sont subjectifs et ne reflèteront pas la réalité «objective», mais la façon dont l'acteur la perçoit avec sa subjectivité. Cette limite est intégrée dans le travail de recherche car passer par la subjectivité des acteurs est la seule possibilité de faire ressortir et **comprendre tout ce qui est implicite** et relève du domaine des

ajustements mutuels entre acteurs, bref, tout ce que les données formelles ne disent pas et qui constitue pourtant la trame même de la vie organisationnelle.

Dans la méthodologie utilisée, le processus de recherche suit donc les spécificités du terrain en utilisant **des structures flexibles et ouvertes** : analyse documentaire suite à la phase exploratoire et entretiens semi-directifs dans la phase de recueil de données. Cette phase d'investigation obéit à une *«logique circulaire avec une alternance constante entre la visite de terrain et l'analyse du matériel récolté dans le but d'utiliser les connaissances obtenues pour réorienter la recherche*». (1990, Strauss et Corbin)[51]. Ce processus vise à reformuler, invalider ou valider les hypothèses de travail. Les connaissances rassemblées à chaque étape du va et vient sont provisoires, malléables et forcément appelées à évoluer au cours des différentes étapes de la recherche. Ce processus se base sur la **compréhension des phénomènes** et **les théories qui visent à la compréhension de la manière la plus complète possible des données recueillies**.

Tout l'enjeu de cette **démarche** est de trouver le juste compromis qui consiste à laisser s'exprimer les interviewés de manière la plus libre possible sur des thématiques cadrées et étayées.

Le rapprochement de tous ces entretiens par une analyse fouillée de leur contenu explicite et implicite ne manquera pas de faire apparaître un nombre de paradoxes, d'incohérences ou d'anomalies qui pourront surprendre dans le sens où ils ne correspondent pas à ce qu'on pourrait attendre en raisonnant à partir de la seule connaissance formelle de l'organisation. A partir d'une réflexion sur la signification de ces anomalies et incohérences, il sera possible de reformuler des hypothèses qui puissent redonner sens et cohérence à cet ensemble, c'est-à-dire expliquer les attitudes et comportements observés. Reformuler les hypothèses revient à postuler une relation entre trois dimensions : un ensemble de contraintes propres à l'organisation, la position des différents acteurs face à cet ensemble de contraintes, un ensemble de comportements interdépendants qui expriment les règles du jeu par la façon dont ils se structurent les uns par rapport aux autres. Cette nouvelle série d'hypothèses sera testée dans le cadre de l'enquête ultérieure sous

[51] cité par Bühlmann en 2007 dans « le statut de l'approche qualitative de les projets de recherche interdisciplinaires »

forme d'entretiens semi-directifs standardisés qui permettront de disposer de données comparables et thématiquement structurées.

Mais les entretiens ne permettent de parvenir à ce résultat que si une condition est remplie : la multiplicité des témoignages. D'une part, ce n'est que grâce à cette multiplicité parfois contradictoire, que le chercheur peut dépasser, partiellement au moins, la subjectivité inhérente à chacun d'eux et reconquérir son extériorité pour pouvoir analyser les informations recueillies. D'autre part, un éventail des différents points de vue et des expériences permet de reconstituer l'ensemble humain des organisations par la confrontation des discours et l'analyse de leurs écarts.

L'analyse des données recueillies lors des entretiens semi-directifs utilisent des méthodes **d'analyse de contenu** : analyse thématique et structurale. L'objectif est non seulement de fournir des informations au chercheur sur l'implicite et l'explicite mais aussi de déterminer la signification du comportement de telle personne dans telle situation.

III. Le recueil de données

En 1969, Gorden[52] définit les stratégies d'interview comme la planification de la situation : elles incluent **une intrigue**, le thème et l'objectif déterminés à partir des hypothèses dans le plan d'entretien ; **une distribution des différents acteurs** et **une scène** : le temps, le lieu et la définition de la situation.

Avant de présenter le plan défini pour les entretiens, il reste donc, au préalable, à clarifier les paramètres de l'environnement de l'enquête déterminés par la programmation temporelle et la scène.

[52] 1969, « Interviewing, Strategies, techniques and tactics » cité par Blanchet, 2007, « l'enquête et ses méthodes »)

1. La programmation temporelle et la scène

La programmation temporelle définit la tranche horaire de l'entretien et notamment la façon dont il s'inscrit dans la séquence des actions quotidiennes personnes interviewées. Outre le fait que l'heure et la date doivent être préalablement arrêtés pour maximiser la disponibilités des professionnels qui participent à l'enquête, j'ai volontairement fait le choix de procéder aux entretiens, en fin de journée, après une conduite de réunion d'équipe pour les cadres éducatifs, après une séance éducative ou de rééducation pour les professionnels en charge des usagers de la structure. En mettant ainsi la personne interviewée dans une posture réflexive, j'espère faire produire un discours emprunt des actions précédentes et de représentations individuelles en regard de la lutte contre la violence existante en institution.

La scène est caractérisée par deux lieux d'exercice professionnels dans deux structures du secteur médico-social complémentaires : un institut qui accueille de jeunes déficients intellectuels et polyhandicapés (IME Le Landais), une résidence-service qui propose un accompagnement sécurisant et conciliant, une vie en autonomie vers une inclusion dans la société, à des adultes déficients intellectuels (Résidence service de l'association « un toit et moi »). Chaque lieu communique des significations mises en acte dans les discours des personnes entretenues. La situation commande des rôles et des conduites spécifiques. Le choix du lieu d'exercice de la profession des personnels qui participent à l'enquête n'est pas anodin: j'espère par ce biais que les acteurs interviewés vont s'inscrire davantage dans un rôle professionnel, spécifique au fonctionnement de l'institution, qui facilite la production d'un discours soutenu et maîtrisé, sur les thèmes de **la démarche qualité, l'amélioration de la qualité de service à travers les pratiques professionnelles, la violence institutionnelle et la bientraitance.**

2. Le plan d'entretien

Le plan comprend **le guide d'entretien**, l'ensemble organisé des thèmes que l'on souhaite explorer et **les stratégies d'intervention de l'enquêteur** visant à maximiser l'information sur chaque thème. Le plan d'entretien est donc à l'interface du travail de conceptualisation de la recherche et de sa mise en œuvre concrète.

a. Guide d'entretien

L'analyse des données récoltées lors de la phase exploratoire, notamment l'étude des documents institutionnels qui définissent les tâches, a permis de déterminer les personnes à interviewer en fonction de leur mission au sein de chacune des deux structures. L'objectif était de recueillir des données variées, complémentaires et exploitables en fonction des principes de l'analyse de l'activité évoqués dans les cadres de référence.

Le tableau ci-dessous évoque la méthodologie utilisée en déclinant les concepts de « Démarche Qualité » en et « Violence Institutionnelle » en dimensions. Dimensions, elles-mêmes définies grâce à des indicateurs qui déterminent les données à recueillir. C'est à partir de ce tableau qu'ont été élaborées les questions dans les perspectives des entretiens semi-directifs.

Le point de vue des cadres

Grille

CONCEPT	DIMENSIONS	INDICATEURS	CE QUE JE CHERCHE A SAVOIR
DEMARCHE QUALITE	**Politiques-procédures mises en œuvre dans la structure**	Ecrits institutionnels&professionnels Réunions institutionnelles Communication Fréquence d'utilisation	Comment sont utilisés dans la réalité du quotidien les outils imposés par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 ?
	Evaluation des pratiques institutionnelles et professionnelles	Référentiel utilisé Pertinence en regard de la V.I Adhésion des salariés Prise de conscience	Modalités d'évaluation internes et externes utilisées/ Perception de l'implication des acteurs/ Perception de la pertinence en regard du recul de la V.I
	DQ en tant qu'objet frontière	Coopération des professionnels Espaces réservés à la réflexion éthique DQ en tant artefact	Rôle de la DQ dans la rencontre des mondes sociaux. Comment se concrétise le management transdisciplinaire au service l'usager.
	Amélioration continue de la qualité	Amélioration de la qualité du service Amélioration de la qualité de vie	Dans quelles mesures la DQ implique effectivement une amélioration continue de la qualité de service. Est-ce que la DQ participe à l'amélioration de la qualité de la vie en institution ?
VIOLENCE INSTITUTIONNELLE	**Bientraitance envers les usagers**	Promotion de la bientraitance : formation et supervision Protagonistes/Discussions/Résolutions Prévention des situations de maltraitance Traitement des situations de maltraitance Engagement encadrement en matière de V.I.	Dans les faits, qu'en est-il de la bientraitance ? Chez les professionnels, chez les usagers ? Quelle efficacité du dispositif de recueil et traitement des situations indésirables en regard de la V.I. ?
	Prévention de la maltraitance envers les professionnels	Valorisation, idées, talents, compétences spécifiques Accompagnement dans l'évolution du parcours professionnel	Comment se manifeste le soutien de l'encadrement aux professionnels de terrain dans la lutte contre la V.I, conséquence de la souffrance au travail.

Questions à poser

1. **Comment pensez-vous que la DQ favorise le recul de la V.I dans le milieu de l'accueil spécialisé ? (amorce)**

2. Comment la direction, convoque, s'appuie, se sert et avec quelle fréquence, des outils de la loi 2002-2 ?

- Comment est-ce que vous communiquez autour de ces outils ?
- Comment est-ce que vous les utilisez ?

3. Comment l'évaluation peut jouer un rôle dans le recul de la violence Institutionnelle ?

- Qu'en est-il de l'évaluation interne ? (ou externe si c'est l'évaluation interne qui a été évoquée ?)
- Comment suscitez-vous un retour réflexif sur les pratiques professionnelles ?

4. A l'occasion de la DQ, se rencontrent différents professionnels. Comment se manage cette transdisciplinarité pour qu'elle soit fructueuse au service de l'usager ?

- Existe-t-il des espaces et des temps réservés à la réflexion éthique, à la confrontation des valeurs ?

5. Comment la DQ contribue à l'amélioration continue de la qualité de services ?

- Pensez-vous que la DQ améliore la qualité de vie dans l'institution ?

6. Comment les salariés sont initiés, familiarisés, voire formés à la notion de bientraitance ?

- Comment fonctionne dans les faits le dispositif de recueil et traitement des situations indésirables ?
- Comment réagit la direction en cas de manifestation de violence institutionnelle ? Pouvez-vous illustrer vos propos d'un exemple ?

7. Peut –on parler aussi de maltraitance envers les professionnels eux-mêmes? Comment ?

- Comment accompagnez-vous les professionnels dans leur parcours, au sein de l'institution, au sein de l'association ?
- Comment se traduit dans les faits la gestion prévisionnelle des emplois et compétences ? En FI ? En FC ?

8. Bientraitance, quelles sont selon vous les priorités pour votre établissement ?

9. Pour conclure, est-ce que je peux vous demander quel est votre parcours professionnel personnel ?

- Quelle formation initiale ? Quel parcours en formation continue ?
- Quelles sont les différentes fonctions que vous avez eu l'opportunité d'occuper ? dans quelles institutions ?
- Quels sont vos projets en matière d'évolution professionnelle ?

Le point de vue des professionnels
Grille

CONCEPT	DIMENSIONS	INDICATEURS	CE QUE JE CHERCHE A SAVOIR
DEMARCHE QUALITE	**Politiques-procédures mises en œuvre dans la structure**	Enoncés des noms des outils loi 2002-2 Utilisation outils loi 2002-2 dans le quotidien de l'activité professionnelle Fréquence d'utilisation Pertinence en regard de la V.I	Connaissance des procédures, fonction, et objectifs de la DQ. Utilisation des outils dans les écrits professionnels, dans la communication avec les usagers/famille, avec la hiérarchie. Perception de la pertinence des processus en regard de la VI
	Evaluation des pratiques institutionnelles et professionnelles	Référentiel utilisé : définition/sens/critères d'évaluation (Co-élaboré ou imposé) Pertinence en regard de la V.I Adhésion des salariés Prise de conscience d'éléments de V.I. Evaluation des facteurs de risque.	Perception de l'évaluation des pratiques professionnelles et institutionnelles? Les personnels y sont-ils associés ou l'évaluation leur est-elle imposée? Induit-elle un retour réflexif sur les pratiques des professionnels?
	DQ en tant qu'objet frontière	Coopération des professionnels Cohérence des actions Quête de sens Espaces réservés à la réflexion éthique Conflits de territoire Rencontre des mondes sociaux Liens avec les partenaires extérieurs	Est-ce que les professionnels issus de différentes formations et exerçant ensemble se rencontrent à l'occasion de la DQ : réflexions éthiques/projets transdisciplinaires/création d'outils/élaboration de solutions plurielles pour des cas singuliers.
VIOLENCE INSTITUTIONNELLE	**Bientraitance envers les usagers**	**Lien professionnel-usager+famille** : cadrage relation/lutte contre le sentiment d'irresponsabilité/Administration de la preuve de l'efficacité. /Co-élaboration du Projet d'Accompagnement Individualisé.	Dans les faits, comment les professionnels mettent en œuvre le concept de « bientraitance » ? Dans la relation qu'ils entretiennent avec les usagers et leur famille ? Dans les actions et projets menés ? Dans le nécessaire retour réflexif qu'il implique sur la pratique professionnelle au quotidien ?
	Maltraitance envers les usagers	Outils/Protocoles/Procédures Traitement/Mesures/Résolutions Réponses/Aide/Ressources/ Statistiques	Comment les professionnels perçoivent la violence institutionnelle exercée à l'encontre des usagers ?
	Prévention de la maltraitance envers les professionnels	Ecoute/Soutien/Accompagnement Parcours professionnels Mobilité/Offres de formation	Comment se manifeste le soutien de l'encadrement aux professionnels de terrain dans la lutte contre la V.I, conséquence de la souffrance au travail ?

Questions à poser

1. **Démarche Qualité, qu'est-ce que ce terme recouvre pour vous ? (amorce)**

- En avez-vous déjà entendu parler ?
- Qu'est-ce que cela évoque en regard de votre activité professionnelle ?
- Comment utilisez-vous les outils imposés par l'institution ? Est-ce qu'ils vous semblent pertinents ?

2. Pensez-vous que l'évaluation effectuée dans le cadre de la Démarche Qualité peut jouer un rôle dans le recul de la violence?

- Comment s'est déroulée l'évaluation de l'institution ?
- Comment s'est déroulée l'évaluation de votre pratique professionnelle ? Quel retour a-t-elle permis sur ces pratiques ?

3. Comment se passe sur le terrain la collaboration avec les autres professionnels ?

- Pouvez-vous me donner un exemple de travail en collaboration avec d'autres personnels dans l'institution ?
- Et en dehors de l'institution ?

4. Bientraitance, qu'est-ce que ce terme évoque pour vous ?

- Pouvez-vous me donner un exemple d'acte ou de situation dans votre quotidien où vous avez perçu de la bientraitance ?

5. V.I, qu'est-ce que ce terme recouvre pour vous ?

- Vous remémorez-vous un événement, une situation vécue que vous désigneriez comme telle ?
- Est-ce qu'on peut en parler ?
- Comment ça s'est passé ?

6. Comment l'encadrement aide à lutter contre la souffrance au travail et l'usure professionnelle?

- Avez-vous connu ou côtoyé une situation de souffrance professionnelle ?
- Est-ce qu'on peut en parler ?

7. Pour conclure, est-ce que je peux vous demander quel est votre parcours professionnel personnel ?

- Quelle formation initiale ? Quel parcours en formation continue ?
- Quelles sont les différentes fonctions que vous avez eu l'opportunité d'occuper ? Dans quelles institutions ?
- Quels sont vos projets en matière d'évolution professionnelle ?

b. Stratégies d'interventions de l'enquêteur

La mise en œuvre de ce guide d'entretien est de favoriser un discours concernant l'impact de la démarche qualité sur le recul de la violence institutionnelle, au moyen de stratégies d'écoute et d'interventions. Le discours attendu doit répondre à une exigence de sincérité qui nécessite confiance et libre circulation de la parole.

La confiance a été établie dans le cadre du respect du contrat préalablement exposé, avec des consignes claires et précises quant à l'objet de la demande. Les consignes donnent à la personne interrogée le contexte thématique et la logique de l'entretien. Elles sont formulées comme des demandes de réponse discursive concernant soit les représentations, soit l'expérience de la personne interviewée. Elles ajoutent des éléments d'information au cadre contractuel qui doit assurer la pertinence du discours. Chaque consigne introduit une thématique nouvelle et rappelle à la personne enquêtée que l'interviewer reste le garant du cadre contractuel de l'entretien, même si à l'intérieur de ce cadre, la personne, en confiance, garde l'initiative de son discours.

Les relances reprennent les propos de la personne interviewée et se coulent dans le discours qui réoriente le dialogue lorsque c'est nécessaire. Elles ont la particularité d'être des commentaires qui prennent comme support les propos de la personne enquêtée, faisant parfois l'objet de reformulation de synthèse pour validation.

Elles guident le discours, l'influencent dans son contenu et sont également « *susceptibles d'entraîner des modifications de l'opinion des interviewés sous certaines conditions expérimentales*» (1991, Bromberg et Urdapilleta)[53]

Cette méthodologie utilisée pour la conduite des interviews découle directement des cadres de référence théorique qui ont permis la construction de l'objet. Afin de pouvoir poursuivre le travail entamé et valider ou reformuler l'hypothèse de départ pour d'autres pistes de recherche, il est nécessaire de restituer les résultats issus de l'analyse des données recueillies sur le terrain par le biais des entretiens.

[53] , cité par Blanchet, 2007, « l'enquête et ses méthodes »

CHAPITRE III : RESTITUTION DES RESULTATS

Cette troisième partie a pour objectif de présenter les éléments de réponse et de savoirs issus de la démarche : les constats, les ouvertures et les nouvelles questions issues du traitement des données recueillies. Le retour réflexif sur le travail effectué montrera les apports les limites et perspectives de la recherche.

Je me suis attardée d'abord sur l'analyse du sens donné par les acteurs aux concepts clés de l'objet de la recherche, à savoir la qualité, la bientraitance et la violence institutionnelle pour ensuite définir l'animation et le management à visée d'adhésion des salariés des structures qui constituent les lieux d'enquête. Je présente enfin les éléments déterminants d'une démarche qualité qui se dessinent lors de l'examen des liens entre qualité et bientraitance d'une part, de la trajectoire des acteurs d'autre part. Ils valident partiellement les hypothèses de travail mais surtout ouvrent vers de nouvelles questions.

A. Analyse du sens donné aux concepts clés

Il s'agit là de recueillir la perception des acteurs de la qualité, de la bientraitance et de la violence institutionnelle.

I. La qualité

Lorsqu'on évoque la démarche qualité, les professionnels font référence aux **normes du monde de l'entreprise qu'ils adaptent ensuite à leur pratique professionnelle**, dans le cadre des services aux usagers accueillis dans le secteur médico-social :

Ainsi, une éducatrice spécialisée faisant fonction d'aide médico-pédagogique (AMP) explique que « *La démarche qualité c'est tout un ensemble de procédures, à la fois dans le domaine économique,….. et aussi, au niveau du secteur médico-social, mais de façon beaucoup plus légère…* ». Le veilleur de nuit, qui exerce dans la même structure définit son ressenti : « *Le mot « démarche qualité »…… j'ai l'impression qu'il n'est pas très très approprié moi, pour mon domaine en fait, en tant que veilleur de nuit. Mais sinon, non : j'ai déjà entendu ça dans pas mal d'autres*

boulots que j'ai fait….. Voilà : moi c'est plus « sécurité », des mots comme ça en fait qui vont revenir. »

La **référence à l'évaluation**, garante d'une prise de conscience, permettrait de trouver des solutions pour améliorer le service rendu et de **traduire le travail effectué en établissement dans un cadre posé** :

La cadre éducatif de la résidence service explique que « *….quand on commence un travail comme la démarche qualité et les évaluations, on prend conscience de notre travail… et c'est à ce moment-là qu'on évalue et qu'on arrive à évaluer […] et quand on prend conscience de ça, on arrive à trouver…euh quelque part, soit à l'éradiquer, soit un compromis pour que ce soit moins violent.* » Dans le même sens, l'enseignant de l'IME « Le Landais » évoque la qualité en ces termes : « *je parlerai de l'évaluation interne et de l'évaluation externe, plus le travail qu'on a pu faire dans l'établissement, on fait référence souvent à la démarche qualité effectivement*. […] *la scolarisation d'enfants handicapés voire lourdement handicapés pose parfois question, et moi je m'appuie là-dessus pour pouvoir scolariser des élèves dans ma classe, certains élèves en tout cas, la base, c'est inscrit dans le projet pédagogique* […] *et en s'appuyant sur le fait que tant que ce travail dans la classe peut être source de valorisation et tant que ce travail dans la classe n'apporte pas de contrainte ou de souffrance ou… voilà. C'est mon cadre, c'est mon cadre*»

Outre la notion de « **bon accueil » des usagers et des personnels**, (Monsieur. D, psychomotricien :« *ce terme recouvre, en tout cas dans le cadre de mon travail ici en IME un ensemble de bon accueil et de soins de la population accueillie et des encadrants qui l'accueillent*… »), la qualité traduit chez les professionnels la **dimension coopérative, la capacité à travailler en équipe** :

Ainsi, ce professionnel du soin de l'IME « Le Landais » définit la qualité comme « *tout un croisement de réflexions, un croisement dans les pratiques, un croisement dans les manières de faire, dans l'immédiat, avec le recul, et analyse des pratiques. En tout cas : ne pas travailler seul*. » Ces propos sont corroborés par une monitrice éducatrice, qui évoque *« Ben moi je pense plutôt à tout ce qui est équipe, peut-être, dans notre boulot c'est vrai que moi c'est la première fois que moi j'entends parler de ça : démarche qualité c'était plus dans les entreprises, Donc voilà… Et que tout le monde va vers la même direction je dirais peut-être, vers la même tendance.* »

Aussi, la qualité est évoquée comme **une valeur ajoutée**, « *ce que notre métier apporte en plus, au quotidien, aux enfants qui vivent là.* », une **façon de repérer les besoins des usagers et d'ajuster les projets en fonction**, « *…ce qu'on attend vraiment de notre travail, de voir après, de repérer les points sur lesquels on a à travailler, qu'il faut approfondir, les points par contre qui ont été bien travaillés et qu'il faut continuer à poursuivre, d'autres choses qu'il faut améliorer,… Voilà, plus cibler les problèmes, les choses sur lesquelles il faut… Voilà, approfondir notre travail, ce qu'on a réussi à mettre en place et qui fonctionne ou qui ne fonctionne pas. Voilà, pour moi c'est ça plutôt la démarche qualité.* » sans oublier **la nécessaire différenciation** « *La démarche qualité, c'est par rapport à la qualité qu'on propose aux résidents, la qualité de fonctionner avec eux, […] le moyen de procéder aussi, qui est, je dirais différent, par rapport à certains résidents : on ne peut pas procéder de la même façon…* »

Les personnels de l'encadrement évoquent la qualité en s'appuyant sur le principe du **cercle vertueux** à l'égard des **personnels**, « *Nous notre travail il est… on a plus de résultats, donc l'équipe aussi s'épanouit* » mais aussi en regard du management utilisé : Ainsi, le directeur de l'IME le landais explique :*« je détermine, j'élabore collectivement le projet d'établissement pour cinq ans, j'évalue en cours de route, interne externe, la manière dont il est mis en œuvre, j'ajuste donc mon projet ensuite (troisième phase) pour corriger, adapter, moderniser s'il le faut, je reprends une évaluation […] Enfin bref on est dans la fameuse boucle itérative.* » Il s'attarde sur les principes de **transparence, confiance, et repères** inhérents à la démarche qualité : « *Pour moi, le point clé, c'est la transparence des pratiques, c'est qu'il n'y ait pas d'opacité sur les pratiques des professionnels à l'encontre de la hiérarchie, la hiérarchie n'ait pas d'opacité ou de manque de communication sur ses intentions vis-à-vis des professionnels, et que nous communiquions aussi en toute transparence avec les familles (compte tenu du public qu'on a, c'est essentiellement les familles, qui portent la parole des enfants et des ados) et aussi avec les autorités de tarification (l'autorité de tarification en l'occurrence)[...] Ce qui est inhérent à l'accompagnement, à la vie en institution ,c'est que les repères soient clairs quoi, voilà [...] , c'est que en faisant ça, moi je crois que paradoxalement, on renforce la confiance de la part des familles et des représentants légaux.*»

Enfin, le bien-être et la bientraitance sont souvent évoqués lorsque l'on questionne les professionnels sur la qualité. « *La qualité euh… après y a la qualité et*

du bien-être aussi des résidents toujours dans le domaine du social… » ; « *Démarche qualité, eh bien, je pense tout de suite à la bientraitance, qui a été très mise en exergue depuis quelques années. C'est ce à quoi je pense d'abord*. »

Aussi, afin de pouvoir analyser le lien que font les professionnels entre qualité et bientraitance, il est nécessaire de caractériser leur perception de cette dernière notion.

II. Bientraitance

Avec l'analyse de la perception de la bientraitance par les acteurs se dessine la **notion de mondes sociaux** qui interagissent et s'articulent autour d'un **objet commun** : ainsi la bientraitance, par les liens qu'elle entretient avec la qualité, considéré comme objet frontière, **sert de base à un dialogue qui permet à différents professionnels de mieux se comprendre.**

L'enseignant de la classe de l'IME « Le landais » explique de cette façon, que « …*ça permet de poser les choses, et parfois ça permet de dire : stop ! Là, tel jeune, ça ne va plus. En tout cas, pour moi, dans ma classe, et j'ai été entendu : ce n'est pas possible, on n'est pas bien traitants, c'est trop dur pour lui.* » La bientraitance passe par **l'articulation des mondes dans le respect du territoire de chacun**. L'enseignant précise « *Je crois que la bientraitance aussi, c'est aussi de respecter le travail de l'autre, ses compétences professionnelles, et de ne pas l'en décharger d'une part, et de ne pas s'approprier ce truc-là, et de ne pas se décharger soi-même du travail qu'on a à faire*. »

Dans le même ordre d'idées, la bientraitance est appréhendée de la même façon par plusieurs professionnels, issus de formations variées, exerçant des métiers différents, sur les deux terrains de l'enquête.

Ainsi, selon les représentations des professionnels, cette notion doit passer par la **nécessaire connaissance du sujet**, l'**adaptation** des attitudes et des demandes, le **respect** du rythme de l'usager :

Une AMP[54] de l'IME « le Landais » explique, en regard de l'usager que « *La bientraitance, eh bien tout simplement…. c'est être à son écoute, veiller à ce qu'il aille bien, aussi savoir quand il ne va pas bien (ce qui n'est pas toujours facile quand*

[54] Aide médico Pédagogique

il ne parle pas, d'où le fait de bien connaître l'enfant), et c'est vrai qu'en connaissant bien les enfants, on voit tout de suite… Eh bien moi, personnellement, je vois tout de suite quand ça ne va pas : ça peut être un changement du visage, un regard,… parce qu'il ne peut pas l'exprimer… Le Landais). Sa collègue, M.E.[55], précise quant à elle que « *….donc il faut à chaque fois ou prévoir ou essayer de bien connaître déjà les enfants, la population qu'on accueille, bien les connaître pour essayer de devancer parfois les choses qui pourraient amener à des petits soucis…[…], prévoir des activités adaptées pour lui et faites pour lui, et qui ne le mettent pas en difficulté, justement surtout pas, et en échec encore moins donc, c'est un peu ce travail-là qu'on fait au quotidien.* ». L'éducatrice spécialisée, intervenant sur le même groupe d'enfants, interrogée sur la bientraitance, s'exprime en utilisant les mots suivants : « *Euh, la bientraitance, c'est vraiment, comment je vais dire : avoir des attitudes et des demandes très adaptées aux compétences des enfants […] Oui, parce que je pense que pour les enfants qu'on accueille, il faut qu'ils soient valorisés il faut qu'ils soient stimulés, mais toujours dans le positif, vous voyez ? […]. Il faut vraiment respecter les enfants, d'abord il faut une très bonne connaissance des enfants* ». L'AMP qui exerce à la résidence service tient des propos qui vont dans le même sens : « : *C'est un peu ça que ça me renvoie la bientraitance. Voilà. Même si la personne ne fait pas les choses comme moi je voudrais qu'elle les fasse ou aussi bien que je voudrais qu'elle les fasse, si, si elle se sent bien comme ça et si elle met du temps à y arriver, c'est pas grave[…]mais peut-être que je n'aurai pas respecté tout un… tout un certain nombre de choses, qui sont hyper importantes pour elle. C'est pas mes critères à moi en fait. C'est ça en fait pour moi la bientraitance.* »

Pour plusieurs professionnels interrogés, la bientraitance est **un état d'esprit**, une **vigilance** permanente qui s'exerce au **quotidien**, un garde-fou qui permet de **ne pas baisser la garde**.

Ainsi, l'AMP de la résidence service explique que « *la bientraitance c'est tout le temps, c'est tous les jours, c'est du concret, c'est…c'est une manière d'être presque je dirais la bientraitance*. ». Le directeur de l'IME précise quant à lui « …*qu'aujourd'hui la bientraitance, elle appelle qu'on soit au quotidien dans une vigilance pour pas nous laisser « routiniser » ou banaliser […] ,ce qui est plutôt à la fois simple et en même temps c'est un peu compliqué parce que il faut le faire au*

[55] Monitrice éducatrice

quotidien. Par contre, ne baissons pas la garde, c'est ça que je veux dire. Pour moi aujourd'hui, bientraitance c'est rester vigilants… ». Ces propos sont corroborés par l'éducatrice spécialisée : « .. *au niveau médical on a des enfants qui sont très médicalisés, et bon : il faut vraiment faire attention tout le temps quoi*. », et la monitrice éducatrice qui exprime que : « *donc il y a une idée de vigilance…de vigilance, de sécurité, beaucoup de sécurité chez les petits*….. ». L'enseignant, dans le même sens, explique que « *c'est un peu une petite musique qu'on a derrière la tête, parce que il y a des fois où on s'interroge sur nos pratiques et en se demandant : est-ce qu'on est bien traitant ?* ». La bientraitance serait donc aussi **ce qui permet au professionnel de se remettre en cause en faisant un retour réflexif sur la pratique :** « *….mais ça peut être moi qui ne suis pas prêt, si on regarde honnêtement, peut-être que moi, je n'ai pas tous les outils ou la réflexion, je n'ai pas mené la réflexion jusqu'au bout pour… pour pouvoir accueillir un jeune, ça peut arriver hein...* ».

Certains professionnels considèrent la bientraitance dans le cadre de l'**accompagnement**. Ainsi, le veilleur de nuit de la résidence service explique que : « *Ben, pour moi le mot bientraitance ça… peut ramener à mille et une choses en fait… voilà : le fait de sourire à un résident, de le consoler s'il a eu une mésaventure ou s'il s'est passé quelque chose dans son entourage, essayer d'être à l'écoute… voilà : essayer de l'aider dans tous les domaines, pour moi c'est de la bientraitance*. ». L'AMP de la même structure précise que : « *enfin moi ça me parle plus la bienveillance que la bientraitance.[…]Pour moi la bienveillance c'est l'accompagnement des personnes, pas selon mes critères à moi, mais selon euh… leur propre rythme et leurs propres envies.*»

Les professionnels font souvent le lien entre la bientraitance et bien-être, qu'ils présentent comme un **préalable indispensable aux apprentissages** et à la **confiance en soi** : « *La bientraitance, eh bien tout simplement donner le bien-être à l'enfant….* » explique *une AMP de l'IME « Le landais », sa collègue M.E. précise quant à elle « Eh bien, je dirais que c'est surtout dans le bien-être, […]mais surtout de bien-être, que l'enfant se sente bien, dans le bien-être, pour qu'il puisse accéder à quelques acquisitions. […] c'est là qu'il faut leur donner la confiance. Et c'est là qu'ils vont être des adultes…* »

La bientraitance est également vécue comme **une priorité** en regard des personnes accueillies : Une M.E qui intervient sur l'internat de l'IME « *Le Landais »*

exprime que « Et bien c'est… C'est… Une des choses les plus importantes au sein d'une structure. C'est vraiment d'apporter du bien-être. » Le directeur de l'établissement met clairement en avant **la bientraitance liée à l'évaluation systématique des pratiques et l'ouverture de l'institut sur l'extérieur** : *« …quand on est dans le processus d'évaluation et dans le référentiel d'évaluation, ce sont l'ensemble des pratiques d'accompagnement que l'on passe au crible, pas uniquement les pratiques qui sont liées à la violence ou au constat de violence. Euh, j'en sais rien moi…, par exemple on passe en revue toutes les pratiques qui sont liées à l'ouverture de l'établissement, à la manière dont l'établissement fonctionne, en réseau, avec des partenaires extérieurs. Ça, c'est un des piliers identifiés par l'ANESM[56], en matière d'évaluation des pratiques d'accompagnement*. »

La bientraitance permettrait ainsi de justifier le travail des professionnels, qui ne sont plus considérés comme bienveillants par nature depuis la loi 2002-2*, « c'est quand même une sacrée aide pour nous quoi, enfin en tant que professionnel c'est une aide, ce n'est pas une contrainte, au contraire. Ça justifie mon travail, ça justifie mon travail quoi parfois… !* » explique l'enseignant de la classe de l'IME. Cette même notion permet de justifier les initiatives prises pour gérer le réel de l'activité dans le cadre de la prescription de la tâche. : « *…dans ces moments-là, c'est plus compliqué. Mais c'est à nous aussi de devoir gérer, de faire face à ça, ça fait partie du travail, donc, je pense que la bientraitance, au sein de notre quotidien, on la met en place, on essaie vraiment de faire en sorte que tout se passe bien…*» précise une M.E. à l'occasion de la gestion des événements.

La bientraitance se vérifierait au quotidien à l'aide d'indicateurs, dont l'épanouissement de l'usager fait partie : « *Eh bien moi, personnellement, je vois tout de suite quand ça ne va pas : ça peut être un changement du visage, un regard,… parce qu'il ne peut pas l'exprimer*… » dit une AMP de l'IME «Le Landais ». Dans le même sens, la chef de service de la résidence exprime au sujet de ses priorités en matière de bientraitance : « *Ben, j'en ai une. C'est-à-dire, c'est le « vivre ensemble » des résidents. C'est leur épanouissement. C'est ce qui serait le reflet de notre travail.* »

[56] Organisme à l'origine des recommandations de « bonnes pratiques professionnelles » dans un objectif de bientraitance.

De nombreux exemples de bientraitance sont détaillés par les professionnels qui illustrent ainsi leurs propos. Ces exemples sont bien souvent en lien avec **l'obligation de dénonciation d'actes malveillants vécue comme un progrès :** «…*Qu'est-ce qu'il y a de nouveau, pour moi, c'est par exemple : la bientraitance. Bon, ça c'est vraiment quelque chose, comment je veux dire, de nouveau. Pas évidemment comme pratiques, bien sûr, mais disons que le fait de devoir être bientraitants, par exemple de devoir dénoncer la maltraitance, des choses comme ça, bon*… » explique une éducatrice de l'IME.

Enfin, si la bientraitance s'appréhende de façon générale en regard de l'usager, elle peut se concevoir, **en regard du salarié** : *«….. Disons que, il y a la bientraitance par rapport aux enfants hein, et puis il y a une bientraitance au niveau des salariés quoi. Je veux dire, bon effectivement il faut prendre aussi en compte des conditions de travail : bon on a quand même un métier qui est difficile, qui demande beaucoup de,… j'allais dire… de qualités un peu particulières*… ». L'analyse de ses caractéristiques, dans ce cadre, pose les bases de la gestion du risque de la souffrance au travail comme conséquence de la violence institutionnelle.

III. La violence institutionnelle

La notion de violence institutionnelle a souvent interpellé mes interlocuteurs : il m'a été plusieurs fois demandé d'en donner une définition précise au cours des entretiens. Si le mot « violence » pouvait paraître excessif au prime abord, articulé à l'adjectif « institutionnel », selon la définition de Tomkiewicz cité plus haut, il semblait systématiquement évoquer des faits vécus qui constituent autant de situations aussi surprenantes qu'inattendues à gérer, quoiqu'il en soit, dans l'**urgence.**

Ainsi, l'animateur de la résidence service n'hésite pas à utiliser tous les **moyens de communication** à sa disposition pour signaler des faits de violence à sa hiérarchie : « *: Mais la plupart du temps quand c'est quelque chose comme ça, je le laisse pas le temps de le lire, […] je vais directement la voir et je lui dis ce qui s'est passé, ou je l'appelle. Quelque chose comme ça, oui. Et après, ben… elle agit, le jour d'après quoi .Mais au moins elle le sait. […] je le dis tout de suite*. »

La compétence du professionnel réside dans **sa capacité à gérer l'événement,** le débordement inattendu, avec sa subjectivité, son intelligence pratique et son système de valeurs, la relation de service étant par essence

imprévisible. Le même professionnel, en relatant un conflit qui dégénère entre usagers explique : « *Ça fait bizarre, la violence entre personnes déficients intellectuels… on ne sait pas comment ils vont réagir. On ne sait pas comment nous on peut réagir. Et donc, après… C'est… Comment dire ça ?... C'est… essayer que les autres résidents ne voient pas cette violence…* »

Selon le directeur de l'IME « Le Landais », la violence institutionnelle peut être appréhendée comme une **pression** que ressentent les usagers à cause de leur handicap, ce que met en exergue un management par la qualité : *« Je ne sais pas si elle (la qualité) contribue au recul de la violence. En tout cas, elle contribue à l'éclairer, à l'éclaircir, à la rendre transparente, à ne plus la nier, à ne pas la taire, à la partager avec les familles aussi, à la partager entre professionnels… »* Elle est considérée par une monitrice éducatrice comme **une prise de conscience** : «*Jusqu'au moment, ou progressivement, je ne sais pas, on a commencé à parler de bientraitance, et je pense que ça a cheminé dans certains esprits. Mais voilà : je pense que des actes qui semblaient anodins, sont devenus, avec de la réflexion, de se dire : « ben zut : comment j'ai pu faire ça ? mais je l'ai fait quand même…* »

Le psychomotricien donne un exemple de cette **incapacité à communiquer** génératrice de souffrance institutionnelle : «…*mais comment ça se fait qu'à ce moment-là cet enfant a réagi de cette manière-là alors que des dizaines d'autres fois ça ne s'est pas passé comme ça ?[…] Essayer de comprendre, enfin si tant est qu'on puisse comprendre parce qu'il y a quand même beaucoup de difficultés ici dont on ne comprend pas forcément l'origine, et, l'enfant qui a réagi de cette manière-là est bien en difficultés lui-même pour l'exprimer, pour le mettre en mots ou, d'une manière ou d'une autre, nous le faire comprendre* ». Ces propos sont corroborés par une monitrice éducatrice qui reconnaît parfois avoir été **démunie.** *« Moi je sais que quand je travaillais au sein du foyer « habitat », ça faisait quoi, ça ne faisait qu'un an que j'étais là-bas, et j'ai eu un enfant qui essayait de nous dire plein de choses, mais il n'avait pas accès au langage verbal, et donc il voulait à chaque fois nous raconter énormément de choses, mais donc on avait beaucoup de m… On essayait de comprendre, mais on avait beaucoup de difficultés à le comprendre. Et donc lui, il perdait patience à force qu'on essayait de le faire répéter, d'essayer de tâtonner pour comprendre et il s'énervait, il prenait sur lui et après il s'énervait et, et c'est arrivé à de nombreuses reprises qu'on se faisait pincer, qu'on se faisait mordre… Et, du*

coup, les premières fois : étonnée, j'avais mal, j'étais un peu démunie, je ne savais pas ».

Aussi, **l'apprentissage expérientiel permet de mieux appréhender les situations de violence institutionnelle**. C'est ce que la maîtresse de maison explique lorsqu'elle dit : « *…quand je vois que ça commence à monter, et bien j'essaye de le distraire par autre chose pour qu'il ne pense plus à…* ».

La violence institutionnelle se distingue de la violence exercée par les professionnels, appréhendée quant à elle comme une enfreinte au règlement intérieur et donc traitée dans le cadre de la faute professionnelle du droit du travail. A cette occasion, le directeur précise que «…s*i la question est à partir des professionnels, c'est-à-dire les professionnels comme commettant des actes de violence […] là on est dans un autre registre quand même, puisqu'on a établi des règles, on a établi des principes de bientraitance. Si on est en écart avec ses pratiques-là,… Voilà : après on rentre dans un autre cadre, un cadre plus disciplinaire*. ».Néanmoins certaines comportements professionnels avec les usagers, même s'ils respectent le cadre de la bientraitance, **posent question** et peuvent être perçus, à certains degrés comme des faits de violence institutionnelle. L'enseignant de la classe de l'IME s'interroge lorsqu'il évoque le cas de Florian : «*…donc il ne sort pas de la classe, il crie, il tape et puis il fait… Enfin des gestes […] Comment je fais ? Eh bien, je le contrains physiquement. J'en suis, ces fois-là, à le prendre dans mes bras, à le tenir, à lui bloquer les mains pour qu'il… à lui demander de ne pas crier… euh, voilà. Donc là, est-ce que… ? C'est un peu une limite… ! […] Par ce que je le contrains à un moment physiquement. Bon. Voilà, là par exemple. Après, je trouve qu'il y a une violence, en tout cas, de ma part, et j'essaie de faire attention, mais des fois c'est quand on baisse la garde avec des jeunes, et notamment les jeunes polyhandicapés, quand on est plusieurs adultes avec plusieurs jeunes et où tout se passe bien, tout va bien, on a des discussions croisées entre adultes, où là, le jeune est un peu oublié. Et ça, je trouve que c'est aussi… maltraitant.* ». Dans le même sens, le psychomotricien parle de la possibilité d'une forme de violence institutionnelle lors de la concertation entre professionnels sur des temps informels : «*… des temps informels ont leur place et sont reconnus dans la mesure où chacun prend bien soin de ne pas empiéter sur le temps des autres enfants.[…]* ***Le bon soin vis-à-vis de l'un, il ne faut pas que ce soit au détriment de tous les autres ou d'un autre****.* »

La violence institutionnelle est parfois **inhérente à la réalité de l'activité de travail** et génère une prise en charge particulière de la souffrance qu'elle génère. Dans ce cadre, le directeur précise : « *Concrètement, ça veut dire qu'on peut, pour certains enfants, être sur des soins pédiatriques palliatifs : sur des accompagnements de fin de vie, brutaux ou attendus. Dans les 5 derniers mois, on a vécu 6 décès d'enfants. Il faut recevoir ça. […] Ben, on a mis en place de l'accompagnement par la psychologue, on a travaillé avec une équipe ressource qui s'appelle « Irénée », qui dépend de Jeanne de Flandre, qui est une équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques, qui intervient ici ; on a proposé des temps de parole aux professionnels, on a proposé s'ils le souhaitaient, de changer de groupe pour partir vers un public plus autonome s'ils estiment, et c'est leur droit, que c'est un petit peu difficile ou délicat.[…] Après, ça reste et ça restera un travail difficile que le travail ici, voilà. […] le changement de publics et qui est le nôtre, s'effectue dans le cadre d'un accompagnement qui est, de mon point de vue, relativement positif… ! On a des incidents, voilà c'est évident, c'est inhérent on le disait tout à l'heure. Mais globalement aujourd'hui, moi je défends : on a une certaine qualité d'accompagnement.».* **La question du décès des enfants** revient régulièrement dans les propos des professionnels comme une violence liée à l'activité de travail : ainsi la maîtresse de maison explique : « *… Le petit il est décédé. C'était un petit de six ans, donc : il était sourd, il était muet, il était aveugle… Et là, vraiment, quand je le voyais, ça me faisait vraiment mal…* », La monitrice éducatrice évoque : « *en tant que professionnel, on était beaucoup à être en souffrance de par le nombre de décès. C'est toujours difficile de faire face à un décès, mais là il y en a eu vraiment plusieurs, en plus dans des cours délais, donc euh…* »

Il se peut que la violence institutionnelle ne soit pas directement observable, qu'**elle soit induite ou qu'on soit obligé de la décoder**. C'est ce qu'explique le psychomotricien lorsqu'il dit que la violence institutionnelle : «*… n'est pas forcément physique, n'est pas forcément matérielle, elle peut être induite par des locaux qui sont exigus, qui résonnent, et qui sont abominables à vivre. Ça peut être aussi par la manière d'être ou d'imposer les fonctionnements, et tout ce qui peut nous arriver comme directives, qui peuvent être parfois vécues comme violentes, hein, ça peut être tout ça. Donc, la violence, elle peut prendre des formes très très très variées.[…] Lorsque certains enfants, dans le groupe de vie, ne sont pas vraiment leur place, et que le fonctionnement du groupe amène cet enfant à réagir, de manière excessive…*

Et quand on parle violence dans ce cas-là, on prend cette expression de l'enfant en termes d'extériorisation, mais ça peut être aussi sur lui-même, concernant des enfants qui se replient, dont on parle un petit peu moins spontanément et moins rapidement, ou des enfants qui quelque part, je disais, se replient ou dépriment. »

Les négligences, la routine peuvent être vécus comme constitutifs de la violence institutionnelle : « … *je me trompe peut-être, mais je pense qu'on peut être maltraitant par négligence* », de même que **l'impuissance du professionnel** face à une situation où il ne peut agir : « *Oui. Ben c'est une situation qui est là. Qui est en cours là actuellement, c'est la liberté d'un résident dans ses choix de vie, face au poids de la famille, face au poids de l'institution, qui est une association de parents. On ne peut pas dire… si : c'est une situation de violence, mais qui n'est pas de notre initiative, mais on est spectateurs de ça et presque impuissants pour l'instant* »

Pour gérer des faits de violence institutionnelle, **la coopération de l'équipe reste un facteur incontournable** : ainsi le psychomotricien explique que : « *c'est ré-évalué (les situations de violence) c'est remis sur de la table, c'est discuté et rediscuté et bien mis en avant par l'équipe éducative, qui est très, dont les différents professionnels, toutes professions confondues, sont très attentifs […] le plus important, c'est le partage qu'on peut avoir avec nos collègues […]quand on quitte l'établissement et qu'on rentre chez soi, on ne part pas avec des valises : il y a moyen de mettre en mots sur place et de laisser sur place.* » . Ces propos sont confirmés par l'AMP : « …*après on donne le relais un peu ben pour qu'on puisse souffler aussi. Avec certains enfants on donne beaucoup de relais pour ne pas craquer non plus quoi en fait*. » Aussi, **un désaccord ou la mésentente au sein de l'équipe peut générer de la violence institutionnelle** vécue comme de la souffrance au travail par les professionnels. De nombreux exemples sont relatés au cours des entretiens, celui d'une monitrice éducatrice l'IME, bien qu'en apparence banal est révélateur de l'ampleur du mal être généré : «…*Après, en autre violence, je me dis que, après ce qui me vient en tête ça peut être même d'adulte à adulte, je me dis, ben voilà on a une structure où on est nombreux , donc des fois les commérages comme j'appelle ça, ça peut être difficile. Les bla-bla qui n'ont aucun sens et qui nous font perdre notre temps, ben je me dis que ça peut aussi jouer sur le moral de certaines personnes, qui peuvent être difficile au quotidien : « un tel a dit ceci, un tel a dit cela ». En plus ça n'a pas de sens parce qu'on perd notre temps et on n'est pas là pour ça, mais je me dis que ça, ça peut être une certaine forme de violence, pas*

physique mais morale, dans le sens où la personne elle vient un peu avec un boulet au pied on va dire, en se disant, c'est pas facile »

L'animation de l'équipe et le management dans le cadre d'une démarche qualité, outre la politique mise en œuvre et les procédures spécifiques qui découlent directement de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, passe donc par la prévention des risques possibles (tant au niveau des usagers qu'à celui des professionnels) et par la nécessaire coopération de l'équipe pluridisciplinaire dans une perspective d'interdisciplinarité au service de la bientraitance de l'usager.

B. Animation et management

Il s'agit là de faire le point sur ce que les professionnels perçoivent des outils, des évaluations et du traitement des faits de violence en regard de l'exigence de la qualité de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, comment ils conçoivent la gestion de la souffrance au travail et la formation des personnels, ainsi que les espaces d'élaboration éthique de la qualité, appréhendée comme objet frontière à l'intersection des différents mondes sociaux.

I. Politiques et procédures mises en œuvre dans le cadre de la démarche qualité.

1. Les outils

Les principaux écrits professionnels évoqués tant par les cadres que par les personnels en charge des usagers sont les **Projets Individuels d'Accompagnement** (PIA) et les différents types de réunions imposées dans le cadre du fonctionnement des structures. A cette occasion, l'éducatrice spécialisée de la résidence service, qui fait fonction d'éducatrice spécialisée rappelle **l'évolution des écrits professionnels en mettant l'accent sur leur importance et leur fonction de partage et de communication des informations au sein de la structure**. « *On s'est réunis en groupes par thématique pour construire les équipes, le projet associatif, avec le système des entonnoirs. Le projet nous a été présenté à l'ensemble des salariés. Et suite à ça il y avait aussi la mise en place des projets individuels, qui existaient mais qui n'existaient pas de manière formalisée. […]: on*

perd, on a perdu : la trace, tout un accompagnement. Peut-être que nous aujourd'hui on met des choses en place qui ont déjà été essayées et qui ont échoué, qui ont marché, qui ont... et voilà. Donc là, on vient de finir hier le dixième projet personnalisé, ça y est… ! Bon, pour l'ensemble des résidents ……et des professionnels……. […]. Donc un écrit c'est important, et donc dans cet écrit on reprend vraiment les besoins repérés par le résident sur chacun des items et les besoins que nous on repère, et par rapport à ça, nous on dégage quelques objectifs. […], c'est hyper important car du coup ça sert de base pour le travail d'après, ça sert d'outil pour les autres, Euh…et puis moi j'ai régulièrement des personnes qui viennent en stage et c'est important de pouvoir communiquer autour de sa pratique etc. et donner du sens à ce qu'on fait aussi parce que : voilà : un projet ça évolue, une activité ça évolue, et euh… en fin de cycle, quand on doit rédiger un bilan individuel d'activité pour telle personne, on sait ce qu'on doit évoluer aussi. Donc c'est hyper important. »

Le directeur de l'IME explique le fonctionnement de ces projets au sein de l'établissement et le rôle central du **coordonnateur de projets** : «*…Et après on a notre « fameux » processus d'élaboration du projet individualisé d'accompagnement, le PIA, qui est lié au décret d'avril 2009 sur la scolarisation, qui fait en sorte que à minimum une fois par an, l'ensemble des professionnels de toutes qualifications qui interviennent auprès d'un enfant, prennent quand même un tout petit peu de temps pour décliner concrètement le projet ou le programme qui va être proposé à l'enfant, la famille étant associée avant, et étant associée après. Voilà, c'est-à-dire que le coordinateur de projet, quelqu'un dans l'équipe qui est coordinateur de projet va rencontrer, avec ou sans le chef de service, la famille pour recueillir ses attentes ou ses insatisfactions, ses désirs, et pour porter ses paroles pendant le temps d'élaboration du PIA. Et ensuite, on va aller présenter aux familles le fruit de l'élaboration de la concertation.* ».L'importance de l'association de la famille à toutes les phases de construction du projet est reprise par une monitrice éducatrice, coordinatrice PIA : « …*Donc en fait, si vous voulez : il y a le PIA, donc vraiment la réunion de l'enfant à l'année, mais juste avant cette réunion ont fait une réunion qui s'appelle pré-PIA : donc là ça consiste plutôt, donc le coordinateur essaye de joindre les parents, donc demande à les rencontrer, donc quand c'est compliqué il peut proposer d'aller à domicile ou bien les parents se rendent à l'IME. Souvent la psychologue est là et la chef de service, quand c'est possible. Et dans ces cas-là on*

fait un point en demandant si les parents ont des questions, des attentes, si l'emploi du temps leur convient… Et voilà. Et ensuite, après que le PIA ait eu lieu et qu'on a fait notre conclusion, on refait un post-PIA quand c'est possible aussi »

Les autres outils, souvent évoqués dans le cadre de la qualité sont « **les réunions institutionnelles** ». Elles peuvent avoir différentes appellations : réunion d'équipe, de co-pilotage, réunion de synthèse, réunion de service ou encore groupe de travail voire journée pédagogique. Elles ne convoquent pas les mêmes acteurs selon leurs objectifs, et ont des fréquences variables mais à travers les propos des professionnels, elles apparaissent indispensables :

C'est l'occasion de **coordonner les actions de chacun en fonction des besoins des usagers et de réajuster les projets**. C'est le lieu de l'indispensable coopération interdisciplinaire où s'élabore **un langage commun** qui permet à tous de se comprendre. Ainsi le psychomotricien de l'institut explique : « *Les réunions dont j'ai parlé là sont celles qui sont centrées autour des enfants ; ensuite, il y a d'autres réunions qui sont régulières et systématiques et importantes pour le fonctionnement. […] Il y a des réunions spécifiques pour le pôle éducatif et il n'y a que les éducateurs qui y sont, des réunions spécifiques, par exemple le jeudi matin, qui concernent le médical et le paramédical, où l'on retrouve les médecins, on retrouve les infirmières, on retrouve les kinés quand ils peuvent venir, on retrouve les orthos, on retrouve les ergos et psychomotriciens. […] Donc là, on évoque très précisément, sous tous les angles tout ce qui concerne les enfants dans nos prises en charge et dans leur vie en général. De façon à ce que, ce que nous pouvons repérer, ce que nous pouvons observer, puisse immédiatement être connu par tous ou presque : toutes les personnes dans l'échelle hiérarchique de l'établissement. Et, nous avons en retour effectivement toutes les petites informations ou grandes informations qui sont importantes pour nos prises en charge et nos manières d'être avec l'enfant*. » **Il est important que tous les professionnels concernés y participent** comme le précise le veilleur de nuit de la résidence service : «… *Ben, on se voit beaucoup en réunions déjà, parce qu'on a des réunions communes. […] parce que je fais partie de l'équipe, donc, que ce soit la maitresse de maison, moi, les éducateurs, tout ça, on forme une équipe. […] Parce que voilà : moi en fait, j'apporte, un œil différent, de ceux qui travaillent la journée, et vice versa, donc je pense qu'on se complète*. »

C'est également l'occasion d'un **travail réflexif sur les pratiques professionnelles** dans le cadre ou non de journées de formation. La chef de

service de la résidence service conçoit que les réunions « *Tout ça, ça fait quelque part des va et vient entre le travail qui est fourni, la réflexion qu'il y a après, et puis les réajustements, qui peuvent en découler*. »

Le psychologue joue un rôle de superviseur dans les réunions des équipes qui n'est pas négligeable dans **la gestion de la relation d'aide** à la base du travail avec les usagers. Une AMP de l'institut explique que : «*…Donc là où on peut parler de nos difficultés, si on a des difficultés avec un enfant, voir avec la psychologue ce qu'on peut mettre en place, […] En quoi elle peut nous aider, comment on doit se comporter… Et bien sûr on n'a pas réponse toujours à tout, et elle n'a pas réponse toujours à tout. Donc normalement, des fois, elle réfléchit, puis on en reparle un peu plus tard…* »

D'autres outils sont évoqués essentiellement par les cadres comme le **projet associatif** (résidence service) ou le **projet d'établissement** (IME Le landais), ainsi que l'élaboration du **règlement intérieur**. Les personnels de santé s'appuient sur des **grilles d'observations, compte-rendu** et des **emplois du temps** élaborés « *au plus près des besoins de l'enfant* » tandis que l'enseignant base son travail sur le **projet de l'unité d'enseignement**.

2. Les évaluations

Les professionnels distinguent les évaluations externes des évaluations internes dans lesquelles ils se sentent directement impliqués. Pour beaucoup d'entre eux, l'évaluation interne **associe les équipes** et permet un retour réflexif qui les renvoie plus précisément à leurs pratiques professionnelles. Dans ce sens, le directeur de l'IME explique que « *L'évaluation interne est faite, elle est même doublement faite puisqu'une première évaluation interne a eu lieu en 2008, fin 2008 ; elle était partielle puisqu'elle était essentiellement liée, mais pour nous c'est l'essentiel, aux pratiques d'accompagnement, mais elle faisait un peu l'impasse sur tout le volet un petit peu plus structurel : l'organisation, les normes de sécurité, les aspects budgétaires,… Elle était centrée uniquement sur les processus d'accompagnement. Une seconde évaluation interne a eu lieu, nous l'avons réalisée, toujours par le même principe notamment des journées pédagogiques et donc tous les professionnels ici se sont exprimés sur au moins une partie du référentiel ; et ça a été réalisé en février, ou janvier 2013.[…] quand on est dans le processus*

d'évaluation et dans le référentiel d'évaluation, ce sont l'ensemble des pratiques d'accompagnement que l'on passe au crible, pas uniquement les pratiques qui sont liées à la violence ou au constat de violence. » Selon le cadre éducatif de la résidence service «… *il y a toujours des petits points à améliorer, en vue de cette évaluation, ce qui a suscité aussi un travail de réajustement, un travail d'équipe et c'est comme ça que les équipes s'impliquent. Après, au niveau de la vérification, bien sûr, ça c'est le siège qui le fait.»* Le psychomotricien de l'IME précise que « : *Oui, nous avons vécu il y a quelques années une évaluation interne et ça nous a permis en fait de faire le point sur la vision de notre travail. […] Et puis une perspective, d'avoir une vision un peu plus lointaine. […] Et puis aussi une analyse par rapport au changement, vis-à-vis des années passées*.» Dans le même sens, une monitrice éducatrice de l'IME pense que l'évaluation peut amener «*… certainement de la réflexion, peut-être un peu plus de réflexion, en équipe, en se disant « comment on pourrait améliorer ça?*», l'enseignant précise que « *que l'évaluation interne ça a été l'occasion de réinterroger le projet, la façon dont on procède, si… Ça a été l'occasion de ça*. »

Aussi, l'évaluation a **une valeur formative** ainsi que le sous entend une monitrice éducatrice de l'IME «*…en évaluation interne, on aborde un thème, donc justement les thèmes souvent sur les points sur lesquels il faut approfondir-donc le thème est lancé. Je sais que l'année dernière le thème c'était, par exemple : les PIA, donc projets individuels d'accompagnement, une autre année on a mis en avant la communication par le biais de l'outil du « MACATHON » qu'on voulait mettre en place…* » ; de même pour la chef de service de la résidence quand elle explique que « *l'évaluation, ce n'est pas seulement pour avoir notre agrément et le pérenniser, mais c'est aussi pour asseoir et comprendre nos pratiques. […] ».* Elle peut être également formative lorsqu'elle prend la forme d'**un entretien professionnel** comme le raconte l'animateur de la résidence service : « *J'ai déjà une réunion avec ma chef de service, tout seul, rien qu'à deux, pour évaluer si mon travail était bien fait, si je faisais de bonnes choses. Tout était parfait, j'ai pas eu de reproches, tout était bien. Après, 'y a… je sais qu'y a une évaluation externe qui vient fin d'année* »

L'évaluation interne n'est pas un gage de qualité de service pour bon nombre de professionnels qui la trouvent **réductrice** dans sa forme et dans l'exploitation qui en est faite. Ainsi, l'éducatrice spécialisée de l'IME explique que *« L'évaluation n'est pas un gage de qualité sur le terrain… en pratique sur le terrain,*

au quotidien avec les enfants, ce n'est pas parce qu'on remplit des grilles, des projets, des… Que ça se passe vraiment sur le terrain. Il y a un manque de temps certain, que ce soit pour la chef de service ou pour nous, bon je veux dire on est toujours un peu dans l'urgence. » L'enseignant précise que l'évaluation peut être contournée, bien que dans le milieu médico social, le croisement des regards constitue un garde fou non négligeable : « *Je trouve que dans nos métiers, on est quand même rôdés à ce type d'évaluation ou à ce type de rencontre, et je pense qu'on peut facilement, enfin facilement, je n'en sais rien, peut-être que ça sera mené par des pros de toute façon cette évaluation externe, on peut peut-être aussi la contourner ou la… Je suis assez persuadé de ça. Est-ce que ce sera le cas, je n'en sais rien, mais après, je suppose qu'il faut faire confiance aussi aux professionnels pour ne pas tomber dans les pièges, c'est qu'il y aura beaucoup de regards, donc ils pourront croiser plus d'informations…* »

Si, bien que préparées et réalisées en collaboration avec les professionnels en charge des usagers, les évaluations ne révèlent pas toute leur efficience sur le terrain, selon les propos des personnes interrogées, le discours est plus nuancé en regard du traitement des faits de violence.

3. Les procédures

La gestion des incidents fait l'objet de procédures et protocoles particuliers révélateurs de la politique mise en œuvre au sein de la structure.

En ce qui concerne l'IME, le principe de base reste la transparence au service de la bientraitance continue avec **un feed-back systématique vers les professionnels** concernés. Ainsi, le directeur explique que : «*…Il y a des incidents tous les jours… On a des notes d'incidents tous les jours qui arrivent. Mais, voilà : on n'est pas en opacité là-dessus, c'est-à-dire que, systématiquement, dès qu'il y a une problématique liée à l'accompagnement, c'est rédigé, révisé hebdomadairement en équipe de direction, retourné vers les équipes quand il y a des mesures à prendre, enfin analysé, décortiqué, et du coup après on essaye de mettre en place les mesures correctives. Mais il y aura toujours des incidents… !* ». Il insiste également, conformément à la loi[57], sur le fait que les salariés qui révèlent des faits de violence

[57] Article 8 de la loi du 16 novembre 2004

bénéficient d'une protection *« …Et moi je veux qu'il y ait des règles claires sur le devoir que chaque professionnel a de faire savoir à sa hiérarchie des actes d'accompagnement de la part de ses collègues qui ne sont pas conformes à ce qui est notre projet et notre éthique, et ça, ça arrive. Que les salariés se sentent donc protégés aussi lorsqu'ils sont dans des actes, qui ne sont pas des actes de délation, qui sont des actes simplement de refus de dérapage dans nos accompagnements* »
Enfin, toujours selon le directeur, la base des bonnes relations établies, notamment avec les familles, reste **la confiance** paradoxalement entretenue par la révélation systématique et instantanée de tous les incidents, faits de violence et mesures prises à l'encontre des personnes accueillies. *« Voilà. Et dès qu'il y a des choses qui ne sont pas satisfaisantes, nous on communique beaucoup aux familles, alors ça ne fait pas plaisir parce qu'on communique sur pas mal de choses qu'on préférerait taire : voilà des enfants qui sont blessés, des enfants qui chutent, des enfants qui sont griffés, des enfants qui sont mordus, des enfants qui tombent de fauteuil, des enfants pour qui on se trompe de traitement, voilà. Mais on est extrêmement clairs : on communique systématiquement aux représentants légaux. Alors, le paradoxe, il faudrait le vérifier et on est dans l'intention de le faire, par une enquête de satisfaction, mais, le paradoxe, c'est que en faisant ça, moi je crois que paradoxalement, on renforce la confiance de la part des familles et des représentants légaux ; c'est-à-dire que beaucoup de familles quand elles arrivent dans l'établissement disent : « vous savez il ne parle pas » (ben en tout cas ici c'est le cas, pour la plupart) « donc je ne sais pas ce qui se passe, et donc je suis un peu en posture de méfiance : s'il se passe quelque chose je ne le saurais pas ». Eh bien nous, on prend la garantie de dire : « s'il se passe quoi que ce soit, vous le saurez, on vous appellera, on vous le dira, même si ça ne fait pas plaisir à entendre ». Et donc ça, aujourd'hui c'est un principe de transparence clair et net, et on ne transige pas avec ça.* »

La **coopération des professionnels** est nécessaire lors du traitement des faits de violence. L**'immédiateté du partage** aide à une prise de distance et une confrontation des valeurs qui permet de gérer plus sereinement la situation, même s'il y a la prégnance de l'urgence. Le psychomotricien de l'IME explique très bien tout cela lorsqu'il évoque un fait de violence institutionnelle : « *Comment ça s'est passé : eh bien, avec un partage immédiat de ressenti avec le chef de service en question, un écrit immédiat du vécu de la situation, et puis une mise en mots avec le chef de*

service[…]Donc, le plus important, c'est le partage qu'on peut avoir avec nos collègues[…]Après, c'est ré-évalué, c'est remis sur la table, c'est discuté et rediscuté et bien mis en avant par l'équipe éducative, qui est très, dont les différents professionnels, toutes professions confondues, sont très attentifs. »

Beaucoup de professionnels donnent des exemples de traitement d'incidents et de faits de violence. Ce qui est récurrent, dans un processus lié à la démarche qualité c'est **l'urgence de la transmission**. L'éducatrice spécialisée de l'IME l'évoque comme un progrès : « *… j'ai l'impression qu'il y a plus de contrôle par rapport à ça, oui, de contrôle, voilà au niveau voilà, de la hiérarchie, mais par exemple, ici, si un enfant arrive avec un bleu, avec des griffes et tout ça, bon : tout de suite, c'est signalé, Il y a des écrits, tout de suite on va à l'infirmerie… Alors, c'est vrai que c'est un peu astreignant, mais pour les enfants c'est bien […] Alors voilà, et la petite elle avait huit ans. Et donc, bon, c'est pour ça je vous dis par rapport à ça, à des faits comme ça il y a eu vraiment d'énormes progrès pour protéger les enfants.*»

La **prégnance de l'urgence** se retrouve également dans les propos de l'animateur de la résidence service « *…Y' a un cahier de suivi. La plupart du temps, je le note quand même pour que les autres…les autres salariés qui travaillent avec moi le remarquent aussi, hein…[…]Mais la plupart du temps quand Nadia, quand c'est quelque chose comme ça, je le laisse pas le temps de le lire, je vais directement la voir et je lui dis ce qui s'est passé* » et dans ceux de sa chef de service à l'occasion de l'évocation de la procédure utilisée « *Déjà, moi, je vais vous parler d'une procédure. Nous on a des procédures. Nous, il faut savoir que nous sommes, nous pouvons accueillir 24h/24 des résidents : ils y a… normalement ils travaillent, mais ceux qui sont malades, ceux qui sont à la retraite maintenant et nous avons un cadre d'astreinte. Ce cadre d'astreinte peut être appelé quand il y a une situation grave. Donc il y a des effets indésirables, qui n'ont pas lieu d'être, à ce moment-là on corrige. Mais des effets indésirables graves, là, à ce moment-là, on intervient. Ce que dit notre procédure, c'est que, tout cadre d'astreinte ou le responsable, chef de service s'il est en poste, doit être mis tout de suite au courant, soit par un professionnel, par le résident lui-même, ou par un tiers, ça peut être la famille ou… Le cadre d'astreinte ou le chef de service doit un peu évaluer la gravité, ensuite c'est remonté à la direction, et on prendra la décision. Si c'est un cas de maltraitance, il faudrait, déjà s'occuper de la personne, de la victime, l''éloigner de l'évènement ou de la personne qui l'a agressée. Mais voilà, là on toute une*

procédure, il y a tout le système de comment on fait remonter, c'est dans un cahier consigné, c'est … il y a une trace écrite, avec une date, voilà : c'est du factuel d'abord. Euh… Et puis, on s'occupe d'abord de l'urgence et après – bon bien sûr le directeur est mis au courant… »

De la politique mise en œuvre dans l'établissement traduite dans les outils, évaluations et procédures utilisées découle l'efficience d'un management en anticipation et prévention des risques.

II. Management en anticipation et prévention des risques possibles.

Le management en anticipation et prévention des risques possibles est inhérent à tout processus de démarche qualité. A travers les propos des personnes interrogées se dessine le rôle de l'encadrement en regard de la souffrance des salariés au travail ainsi que l'accompagnement des personnels dans l'évolution des parcours de formation.

1. La souffrance au travail

Les causes de la souffrance au travail évoquées au cours des entretiens varient selon les représentations et les parcours des personnes interviewées. Cela peut-être **un état de faits** comme la difficile conciliation entre vie professionnelle et vie privée (AMP résidence service), le **manque de considération** et de reconnaissance, (Educatrice spécialisée et enseignant IME), les **tensions installées** avec les autres membres de l'équipe pour dénonciation de fait de maltraitance. (AMP et Monitrice éducatrice de l'IME). Cela peut également consister en la **répétition de contraintes en apparence anodines**, comme celle qu'évoque une AMP de l'IME : « *c'est porter des fauteuils dans les escaliers pour aller manger, voilà : c'est cette petite souffrance là aussi qui, au quotidien, est pesante*. » à l'origine d'une lassitude voire parfois, quand le contexte n'est pas favorable à une perte de repères. (Enseignant de l'IME). Aussi, **la mobilité imposée par un changement de statut**, (passage d'un CDD à un CDI) mobilité subie et non pas voulue peut être, si elle mal gérée, source de souffrance au travail (Maîtresse de maison de l'IME).

Le directeur de l'IME explique très bien la politique mise en œuvre en anticipation et prévention des risques possibles basée, ainsi que nous l'avons déjà évoqué, sur **la transparence** et **la clarté**. Il liste les dispositifs qui permettent d'accompagner les professionnels en cas de souffrance au travail, que ce soit par le biais de **groupes d'accompagnement** qui permettent un retour sur les pratiques ou par **le biais de sessions** qui aident à surmonter les chocs émotionnels liées à l'activité du travail : ainsi en est -il du dispositif « Irénée » qui accompagne les professionnels qui travaillent en soins pédiatriques palliatifs. Ces dispositifs et l'accompagnement proposé par l'équipe d'encadrement sont très appréciés par les professionnels comme en témoigne une monitrice éducatrice de l'IME : « : *Ben dans ces moments-là il y a le chef de service ou le directeur qui viennent nous prendre à part, nous demander si on veut en discuter, ils nous font comprendre qu'ils sont à l'écoute, et en général ils proposent même que la psychologue elle est là, que si on veut discuter avec elle par téléphone, venir dans son bureau, qu'il n'y a pas de souci, à chaque fois ils remettent bien en avant qu'on peut être là si on a besoin de discuter. Et je sais qu'à la suite des décès, comme il y en a eu vraiment plusieurs, il y a « Irénée », c'est un service de soins palliatifs à Jeanne de Flandre, qui eux ont l'habitude vraiment, dans le cadre de leur travail, d'accompagner les enfants en fin de vie, et donc eux étaient venus nous voir pour discuter avec nous un peu sur le thème, ben voilà : de la mort, comment on accompagne les enfants etc. Donc ils étaient venus, et donc… Ils ont discuté avec nous quand on était tous ensemble et ensuite ils avaient proposé de revenir une fois par semaine pendant un mois à peu près, ou deux mois, et pour un petit groupe d'environ 10 personnes* ».

Le partage avec l'encadrement est également largement apprécié lors de conflits internes à l'équipe. Toujours, la même monitrice éducatrice explique, d'une de ses collègues de travail que : « *Elle avait essayé d'aborder le sujet donc avec cette collègue en question, mais la collègue disait que ben non, que voilà, il ne fallait pas qu'elle se sente comme ça un peu en victime, qu'il n'y avait pas de souci, mais comme ça avait perduré, je me souviens que je pense qu'elle en avait touché un mot à la chef de service, et puis la chef de service elle avait repéré aussi que ce n'était pas la grande forme, et donc ils avaient pris le temps d'en parler et puis la professionnelle s'est remise en question et après ça s'est arrangé donc ça allait quoi… ».* De la même façon, une autre monitrice éducatrice souligne **le soutien de l'équipe de direction** lorsqu'elle s'est sentie très isolée après avoir dénoncé un

professionnel pour maltraitance : « *J'ai été entendue […], il m' a dit : « Si bien, les personnes qui ne dénoncent pas ces actes, c'est maltraitant », […], Il m'a dit : «écoute, I……., il faut absolument que tu te dises que tu n'as pas mal fait, voilà, dans le cadre de protéger un enfant, et que ce n'est pas du tout dans le cadre de la délation.* »

Enfin, les personnes interviewées font part de ce qui, selon elles, outre la présence de l'encadrement, permet d'éviter la souffrance au travail : des **feed-back positifs**, de la part des collègues ou des familles des personnes accueillies pour une monitrice éducatrice : « *Ben, je pense, même les stagiaires me disent :* « *écoute, oui t'apportes plein de trucs, c'est bien, c'est génial, ça bouge tout le temps … Et tout ça Et je pense que ça aussi, c'est motivant*. » ; **l'adaptation des conditions de travail** au salarié selon une éducatrice spécialisée de l'IME : « *Bon, il faut aussi des conditions de travail bénéfiques quoi. Effectivement, ce temps de pause, bon j'allais dire, il y a quelques années, étant plus jeune, je n'aurais peut-être pas, ce n'était peut-être pas une nécessité, que je trouve qu'avec le temps, c'est quand même… c'est une nécessité* » et **la nécessaire intervention du psychologue** dans le cadre de réunions de supervision, insuffisantes mais néanmoins toujours utiles : «*…Et on a des réunions aussi avec notre chef de service et la psychologue aussi.[…] Donc là où on peut parler de nos difficultés, si on a des difficultés avec un enfant, voir avec la psychologue ce qu'on peut mettre en place* » évoque une AMP de l'IME, procédé complété par des consultations extérieures libres telles que nous les présente la chef de service de la résidence service : « *euh l'association a mis en place un nombre d'heures avec une psychologue, qu'on a, que les salariés peuvent appeler quand ils veulent, elle ne vient pas, c'est à l'extérieur, et l'employeur ne sait pas qui est allé ou qui n'est pas allé…* »

Ce qui permet de lutter contre l'usure et la souffrance professionnelle, outre **le partage** et **la libre circulation de la parole**, c'est exercer un métier **porté par une certaine motivation**, ainsi que l'exprime une éducatrice spécialisée employée comme AMP à la résidence service : « *mais je pense que voilà : pour se sentir bien dans son boulot, il faut faire un boulot qu'on aime et pas un boulot pour l'argent, fin… Voilà après on m'aurait dit « oui, ben OK, on va te rémunérer en tant qu'ES », ben j'aurais été contente, mais euh…voilà* ».

La qualification et la formation des professionnels jouent également un rôle important en matière de prévention des risques. L'accompagnement des personnels

dans l'évolution de leur parcours et l'exigence de la qualification aident à l'anticipation des risques pour des professionnels amenés à gérer l'événement, le réel de l'activité dans le cadre de la prescription de la tâche.

2. La formation des personnels

Les évolutions des parcours professionnels de chacun sont facilitées par l'ampleur de la structure : la mobilité et les possibilités de formation sont d'autant plus aisées que le réseau de l'association est étendu. Ainsi, le cadre éducatif de la résidence service déplore que : « *… on est des toutes toutes petites structures. Donc des possibilités d'évolutions professionnelles qui restent limitées, voire inexistantes. Il peut y avoir des passages d'agents de services en veilleur de nuit, parce qu'il va y avoir des passerelles, faire une formation, mais après, c'est rarement vu : maîtresse de maison passer AMP ou veilleur de nuit. Les personnes restent en général dans la catégorie où ils sont*. » En revanche, le directeur de l'IME, reprenant les termes du projet d'établissement explique que les équipes d'encadrement favorisent les formations et accompagnent les personnels dans leur projet de mobilité par le biais d'entretiens individuels. Ce qui semble largement apprécié de l'AMP qui souligne :
« *on peut faire une demande de formation par exemple sur l'autisme parce qu'on a des enfants dans ce secteur là… On peut faire des demandes de formation sur plein de choses, soit pour évoluer aussi dans le travail, soit aussi après on veut aussi voir autre chose, si on veut quitter le secteur de l'IME.[…]si on va voir notre directeur en disant : « je veux voir autre chose, je veux voir une autre population », on fait un échange d'un autre établissement. Par exemple, si je demande d'aller à l'IMpro, il y a une autre personne qui vient ici, et moi je vais en détachement de l'autre côté.* »

L'éducatrice spécialisée souligne **l'importance de la qualification** des personnels qui permet selon elle, une plus juste appréciation des situations et une meilleure gestion de la réalité de l'activité, d'autant qu'elle évolue avec le changement de la population des enfants accueillis. « *Si on parle de qualité de prise en charge, je veux dire vraiment de prendre en compte les compétences des enfants avec ce qu'on peut leur demander, voilà, bon, je pense qu'il faut vraiment des gens très formés. Parce que ce n'est pas facile à comprendre quoi, ce n'est pas facile à accepter, ce n'est pas facile à tolérer* ». Toujours selon cette professionnelle, l'apprentissage et le développement des pratiques professionnelles se fait tant au

niveau des **interactions expérientielles** qu'à celui **des sessions de formation qualifiantes** : « *Oui. Parce que je pense que, bon, des enfants qui sont très démunis très sévèrement handicapés, il faut vraiment un personnel formé, averti, vraiment… Avec des qualités vraiment très particulières, parce que je veux dire c'est une approche qu'on apprend aussi avec l'expérience… Avec l'expérience, avec les anciens qu'on côtoie, et avec une formation*. ».

Quoi qu'il en soit, **l'accompagnement à la formation et à la mobilité représente pour nombre de professionnels un gage de récent progrès**. *Ainsi, l'éducatrice spécialisée de l'IME précise : « je pense qu'il y a beaucoup de formations et de possibilités offertes aux salariés maintenant…... Oui, il y a des formations, qui sont drôlement intéressantes, et drôlement appréciables, c'est pour ça je vous dis par rapport à ça, il y a eu vraiment d'énormes progrès pour nous permettre d'évoluer.».*

Ainsi donc le management en anticipation des risques se base sur la transparence, le partage et la libre circulation de la parole qui sont autant de préalables indispensables à l'animation de l'équipe pluridisciplinaire.

III. Animation de l'équipe pluridisciplinaire

Dans le cadre de la démarche qualité, le manager reste le pivot dans l'animation de l'équipe : c'est lui qui va œuvrer pour que se rencontrent et se comprennent les acteurs issus de mondes sociaux différents dans le cadre du projet d'établissement. Ainsi, lors de l'accompagnement de la personne en situation de handicap, se rencontrent les professionnels des activités associées : rééducateurs dans le domaine du soin, maîtres de maison, responsables de la logistique, éducateurs, aides-médico pédagogiques, moniteurs éducateusr dans le monde de l'éducation. Mais aussi, à l'occasion de cet accompagnement, ces professionnels rencontrent d'autres acteurs qui concourent à l'élaboration du projet de vie de l'usager : la famille, les travailleurs sociaux, les professionnels qui ont accueilli ou vont accueillir la personne dans leur structure. La qualité appréhendée comme objet frontière sert de base à une réflexion sur les principes fondateurs d'une éthique de l'usager ; éthique qui ne peut être opérante que si ces principes sont définis et partagés. A l'analyse des entretiens, on pourra comprendre qu'éthique et qualité

entretiennent des rapports de réciprocité : pas de qualité réelle sans posture réflexive.

Lorsque le directeur de l'IME relate l'évolution de l'organigramme, il distingue bien dans ses propos les notions d'**interdisciplinarité** et de **pluridisciplinarité** et la nécessaire complémentarité des prises en charges des différents professionnels qui ne doit pas se réduire à une juxtaposition réductrice des services. Il donne des exemples d'activités issues de rencontres d'acteurs de mondes sociaux différents. « *… Alors, l'organigramme d'aujourd'hui est assez radicalement différent de l'organigramme d'il y a quelques années. C'est une volonté du projet d'établissement. Parce qu'on a fait le choix de, ce n'est pas très bien dit, mais d'alourdir le profil, notamment le degré de déficiences des enfants que nous accueillons. Donc, du coup, on a essayé d'adapter l'organigramme. Et, on a fait le distinguo dans le projet d'établissement, entre justement la notion de pluridisciplinarité et la notion d'interdisciplinarité. On a renforcé la pluridisciplinarité, c'est-à-dire qu'aujourd'hui il y a beaucoup plus de natures de qualifications qu'il y a quelques années : il y a des qualifications qu'on a aujourd'hui, que nous n'avions pas il y a quelques années (des médecins de médecine physique, des orthophonistes, des ergothérapeutes, des interventions de diététiciens, des infirmiers de nuit, des médecins généralistes à temps plein,…). Ça, c'est intéressant, parce que ce que ça amène des regards évidemment complémentaires, différents,… Mais ce n'est pas encore pour nous l'idéal, parce qu'on peut avoir toutes ces qualifications qui fonctionnent finalement en parallèle, et puis du coup elles ne se croisent jamais au bénéfice du projet de l'enfant. Donc, c'est un peu la différence que l'on veut marquer, quand on parle nous, pour le coup, d'interdisciplinarité. Ce que l'on veut, et notamment au niveau de l'ensemble des professions rééducatives ou des professions de soins : nous souhaitons, en tout cas quand on fait des recrutements, on le pose clairement, nous souhaitons qu'il y ait un maximum de temps d'activités proposés aux enfants durant lesquels l'enfant est en même temps en contact avec des professionnels de plusieurs qualifications différentes, voilà. Concrètement, cela veut dire que - la classe est un excellent exemple de ça - sur un temps de classe, on va trouver des enseignants -donc c'est tous les jours- on va trouver des enseignants, on va trouver, par exemple des orthophonistes, qui vont travailler sur le mode de communication : l'enseignant il va dispenser un savoir, il va être garant de la progression pédagogique, c'est son métier ; l'orthophoniste lui va être dans la classe,*

mais il va plutôt être sur les modes de communication, sur l'adaptation du savoir pour qu'il soit rendu compréhensible chez l'enfant, on va avoir une ou des ergothérapeutes qui vont mettre en place des adaptations techniques (des ordinateurs, des synthèses vocales, enfin des choses qui vont permettre aux savoirs d'arriver jusqu'à l'enfant), on va avoir des éducateurs qui vont travailler plutôt sur les phénomènes de groupe sur les phénomènes de communication, sur la régulation des comportements collectifs, on pourrait trouver des psychomotriciens,… Enfin voilà. On va trouver des personnes… Donc, le temps en classe, ce n'est pas l'enseignant seul avec ses élèves. Le temps en classe, ça peut être 8,9, 10,11 élèves qui vont être là pendant une heure ou par séquence d'une heure avec 5, 6, ou 7 professionnels de qualifications distinctes. De la même manière, il y a des séances d'orthophonie qui ont lieu avec des éducateurs. Il y a des séances de psychomotricité qui ont lieu avec des kinés ou des orthophonistes, par les psychomotriciens. Et les professionnels d'ateliers éducatifs au sens large interviennent dans les groupes. Alors, ils maintiennent évidemment des prises en charge individuelles techniques, mais ils font aussi beaucoup d'interventions avec les professionnels. On a des professionnels de rééducation, que ce soit des psychomotriciens, qui vont à l'extérieur avec des éducateurs, au poney, en balnéothérapie enfin : dans plein de lieux différents. Les infirmiers accompagnent les sorties pour les rendre possibles par exemple. Des infirmiers participent à des séjours extérieurs. Donc, tout ça, l'idée c'est de faire en sorte que l'enfant bénéficie au même moment des regards différents et croisés. Et même dans la dimension éducative, dans chaque équipe éducative, on va trouver des professions à caractères éducatifs, mais qui ne sont pas tout à fait les mêmes, c'est-à-dire qu'on va trouver autour d'un enfant dans un même groupe éducatif, on va souvent trouver éducateur spécialisé, moniteur éducateur, aide médico-psychologique, pourquoi pas auxiliaire de puériculture, pourquoi pas éducateur de jeunes enfants, pourquoi pas aides-soignants,… Et là on est que sur la dimension éducative. Mais, l'AMP, l'aide-soignant, vont plutôt être sensibles à la dimension médicale, vont plutôt être sensibles à des points d'appui, vont plutôt être sensibles au bien-être au moment d'échanges, vont plutôt être sensibles à une animation ; l'éducateur est plutôt, lui, sur des projets de fond, sur la continuité des actions éducatives, sur le lien à la famille,… Enfin voilà : ils vont intervenir ensemble, tout le monde *va faire les mêmes gestes, mais par contre, le regard va être un petit peu différent. »*

Il insiste sur **la nécessaire coordination des actions** mettant l'accent sur le rôle particulier du **coordonnateur de projet**, identifié comme celui qui articule les parties au tout en créant et entretenant le lien. Il formalise ainsi la capacité à contextualiser l'action et à globaliser la prise en charge. : « *Et après on a notre « fameux » processus d'élaboration du projet individualisé d'accompagnement, le PIA, qui est lié au décret d'avril 2009 sur la scolarisation, il n'y a pas de souci là-dessus, qui fait en sorte que a minimum une fois par an, l'ensemble des professionnels de toutes qualifications qui interviennent auprès d'un enfant, prennent quand même un tout petit peu de temps pour décliner concrètement le projet ou le programme qui va être proposé à l'enfant, la famille étant associée avant, et étant associée après. Voilà, c'est-à-dire que le coordinateur de projet, quelqu'un dans l'équipe qui est coordinateur de projet va rencontrer, avec ou sans le chef de service, la famille pour recueillir ses attentes ou ses insatisfactions, ses désirs, et pour porter ses paroles pendant le temps d'élaboration du PIA. Et ensuite, on va aller présenter aux familles le fruit de l'élaboration de la concertation.* »

Dans la plus petite structure que représente la résidence service, la chef de service évoque **la communication de l'information à tous les membres de l'équipe quasiment en temps réel,** en utilisant tous les moyens de communication à disposition, ce qui permet de mettre en œuvre des pratiques concrètes pour **appréhender la personne dans sa globalité** et non pas la résumer à la somme des interventions de plusieurs professionnels avec l'idée de la continuité et de la cohérence de la prise en charge malgré la complexité liée à la nature même de l'activité de travail : « *Donc le suivi et la vie dans la résidence, elle est suivie au même moment par tous. Les informations elles sont identiques donc le travail est commun. On n'est pas fractionnés, on n'a pas une réunion avec un agent de service, une réunion qu'avec les AMP, non non : c'est une équipe pluridisciplinaire et c'est le fait qu'il y ait un travail continu : quand on a la prise en charge d'un résident, nous avons des emplois du temps fractionnés : il y en a un qui est en milieu d'après-midi-début de soirée, l'autre qui reprend le relais, donc forcément, chacun est au courant de ce qu'a fait l'autre et euh… pour que - même si nous, dans notre travail il y a une discontinuité - le résident, dans sa prise en charge, il ne la ressente pas.* » Cette même professionnelle, évoque les espaces de coopération, notamment ceux qui sont inter structurels dans le cadre de la formation : «…*il y a des espaces, des temps réservés, par le biais déjà de la formation : nous sommes un groupement*

d'associations avec le Chevêtre, les Papillons Blancs, et nous faisons donc des formations communes, essentiellement sur la communication non-verbale, sur la bientraitance/ maltraitance, maintenant on parle plus de bientraitance » ; et tout comme elle, le directeur de l'IME présente les recommandations de l'ANESM comme bases de construction de principes éthiques partagés : « *C'est une préconisation de l'ANESM, d'ailleurs de réviser régulièrement le projet d'établissement, sans le reconstruire, mais simplement en le mettant à jour.* » Plus précisément, il évoque les espaces temporels et les lieux, identifiés dans le projet d'établissement, réservés à la réflexion, à la confrontation des valeurs, à la recherche de solutions et à l'élaboration de principes partagés dans le cadre de la qualité de services proposés aux usagers : « *Exactement. Pour être, alors c'est un schéma type qui bouge tout le temps, mais l'esprit c'est le suivant : 31 heures de prise en charge enfants, deux heures de réunion, deux heures de travail personnel. Voilà, donc il y a quatre heures par semaine. Ces deux heures de réunion, donc deux sur les quatre, se font une fois à peu près tous les 15 jours avec psychologue et chef de service. Donc, pendant ce temps-là, ce temps de réunion toutes les deux heures, on est sur une revue de la mise en œuvre du projet des enfants, donc on est aussi sur une revue des questionnements qui peuvent intervenir sur la bonne prise en charge de l'enfant. Ça, c'est un premier point, mais c'est toutes les semaines, enfin toutes les semaines ou tous les 15 jours. Second point : il y a la possibilité de bénéficier des groupes d'analyses de pratiques. Alors, c'est un espace beaucoup plus rare, mais qui existe, puisque, nous proposons par l'intermédiaire d'un intervenant extérieur, c'est commun à l'ensemble des IME de l'association, et donc : des groupes de 12/13 professionnels, rassemblant des professionnels de l'IME landais, de l'IM pro du chemin Vert, de l'IME de Seclin, de l'IME de Frometz (autrement dit : trois ou quatre de chaque établissement), éducatifs ou rééducatifs, ont des cycles de six demi-journées : 6 × 3 heures, alors, c'est à peu près tous les deux ans et demi, mais cet outil-là, il a pour objectif de se sortir un peu régulièrement (donc c'est 6 fois une demie journée espacées d'un mois et demi), de se sortir de problématiques d'accompagnement dont il faudrait échanger avec sa hiérarchie, pour mettre à distance des difficultés qu'on a constaté Voilà. Et d'en parler avec des pairs, dans un cadre confidentiel, et de pouvoir regarder ce qui peut être compliqué. Voilà, c'est complètement anonyme, et la confidentialité est préservée vis-à-vis des directions, simplement : une restitution très large nous est faite, pour que nous, en retour, on*

puisse adapter les programmes de formation, adapter des programmes et des thématiques à travailler. ». La construction de l'éthique, indispensable à la démarche qualité, passe donc par la nécessaire posture réflexive et le partage des principes élaborés avec tous les professionnels de l'institution, y compris ceux de l'encadrement : « *Donc, les réunions toutes les semaines, les GAP[58], des réunions générales, qui ont lieu par service une fois par mois…alors, qui évidemment peuvent être sur des informations descendantes, fonctionnelles, enfin il n'y a aucun problème, mais qui à un moment donné peuvent être le lieu aussi pour aborder des sujets qui sont des sujets compliqués ou qui interrogent ou l'éthique ou le bon fonctionnement. Quatrièmement, les fameuses journées pédagogiques, puisqu'elles sont inscrites dans le calendrier : elles sont dédiées à des thèmes, qui sont des thèmes de prise de distance donc, ou on réactualise le projet d'établissement, ou alors on a des sujets importants sur lesquels l'ensemble des professionnels croisent leurs avis. Voilà.* »

L'interdisciplinarité et la rencontre fructueuse des différents professionnels évoqués par les cadres sont traduits par autant d'exemples relatés, au cours des entretiens, par les personnels en charge des usagers : ainsi, l'animateur de la résidence service explique comment il se forme par le tutorat expérientiel, l'utilisation des outils et le retour que lui font ses collaborateurs : « *…Donc, euh, j'veux dire, ils m'expliquent, ils m'expliquent bien et tout ça. Donc ensuite moi c'est plus de l'animation comme là le week-end […], Ensuite, avec les autres salariés. Pareil : on a un cahier. Donc euh, je rencontre, ben je les rencontre tous, mais une fois de temps en temps parce que moi je suis sur deux résidences […], donc vraiment, je change, donc le cahier me sert beaucoup comme ça, hop, ils regardent. Donc eux ils ont leur cahier à eux. Moi, j'ai le mien. Comme ça moi, c'est par rapport aussi à Nadia, comme ça elle voit tout ce que je fais, comme je ne suis pas encore euh … Donc elle évalue, elle dit : « c'est bien, vous avez fait, ça et tout ça… » Et aussi, comme ça, les deux autres AMP voient aussi ce que j'ai fait aussi, comme ça…* »

Le veilleur de nuit de cette même structure évoque le nécessaire apport des différents professionnels et leur **complémentarité** dans le cadre de l'équipe : *« Ah ben écoutez, bien sûr oui, parce que je fais partie de l'équipe, donc, que ce soit la maitresse de maison, moi, les éducateurs, tout ça, on forme une équipe […],parce que voilà : moi en fait, j'apporte, un œil différent, de ceux qui travaillent la journée, et*

[58] Groupes d'accompagnement de pratiques

vice versa, donc je pense qu'on se complète. » L'éducatrice spécialisée faisant fonction d'AMP insiste sur le besoin de **mettre du sens** et mieux comprendre, à l'aide de l'éclairage de points de vue différents, l'usager : « *dans ces réunions d'équipe tout le monde est là (ici hein je parle), donc la maitresse de maison, l'agent de service, le veilleur de nuit (qu'on ne voit jamais, puisque par définition il travaille la nuit et pas nous, donc Nadia, Mélanie (enfin nous on se voit régulièrement, Thomas, qui est maintenant en contrat d'avenir… Et ça ça permet vraiment de… souvent, de lever des idées reçues sur certains résidents, de donner du sens aussi, d'expliquer, parce que nous on a des éléments que peut-être d'autres personnes qui n'ont pas la même formation que nous n'ont pas. Et euh… Alors là, ça l'est moins, mais l'année dernière on avait un agent de service, qui est maintenant parti, qui est en retraite, donc qui était fatigué, qui était là depuis longtemps, et qui avait des idées bien arrêtées sur chacun, chacune des personnes qui vit ici et notamment le fait de mettre en place ces réunions, ça permettait aussi d'expliquer, de dire…Ca permettait voilà d'expliquer : « Ben oui, mais Marc il se passe ci, il se passe ça, Marc il n'est pas bien dans son travail, Marc il a envie d'autre chose, Marc il est fatigué », et voilà, ça ne faisait pas changer le regard, mais ça permettait quand même de donner un petit peu de sens plutôt que de cataloguer les personnes en disant « lui il est comme ça, c'est pas la peine… ». A ce moment-là on prend notre sac et on s'en va quoi, on ne sert à rien…* ». Elle évoque également l'indispensable **formalisation du passage de l'information** par le biais des espaces réservés à cet effet : *« enfin, voilà, des fois c'est tout bête. Et c'est mieux de le dire en réunion d'équipe que dans un couloir. Ca a plus de poids, ça a plus d'impact, les gens nous écoutent, et euh, donc ça c'est hyper important.* »

Au sein de l'IME, l'enseignant explique que **la coopération avec les autres professionnels a une influence sur sa propre pratique** : « *c'est en travaillant avec l'orthophoniste dans la classe que moi j'ai été amené à faire ça, la charte « facile à lire » je l'utilisais pas avant.* » Il insiste également sur **l'articulation des actions et la mutualisation des compétences dans le respect du territoire de chacun**, selon les règles du monde social d'appartenance « *Et on coopère, alors pas… Chacun avec son métier. […] Chacun avec ses compétences, […] Enfin tout ce qui est préparation pédago : c'est moi, c'est mon boulot, c'est moi. Mais l'accompagnement éducatif, dans la classe, ça, c'est un éducateur, ça peut être l'ergo, ça peut être… Voilà, […] On en discute, mais chacun a son boulot. Et je pense que si ça se passe*

bien, c'est aussi pour ça. Je crois que la bientraitance aussi, c'est aussi de respecter le travail de l'autre, ses compétences professionnelles, et de ne pas l'en décharger d'une part, et de ne pas s'approprier ce truc-là, et de ne pas se décharger soi-même du travail qu'on a à faire. »

L'idée d'**un langage commun** est reprise par le psychomotricien qui évoque les réunions et les échanges qui portent sur les enfants et les pratiques « *on évoque très précisément, sous tous les angles tout ce qui concerne les enfants dans nos prises en charge et dans leur vie en général. De façon à ce que, ce que nous pouvons repérer, ce que nous pouvons observer, puisse immédiatement être connu par tous ou presque : toutes les personnes dans l'échelle hiérarchique de l'établissement. Et, nous avons en retour effectivement toutes les petites informations ou grandes informations qui sont importantes pour nos prises en charge et nos manières d'être avec l'enfant.* »

A l'occasion de l'évocation du statut des différentes réunions organisées à l'IME, une monitrice éducatrice relate l**'intérêt de la confrontation des valeurs et des pratiques :** « *le fait qu'on soit répartis par différents services, et bien parfois on se rend compte que, malgré qu'on se croise tous les jours et qu'on fait le même travail, qu'on a des fois des pratiques différentes, on est face à des difficultés qui ne sont pas les mêmes en fonction de telle ou telle situation, donc au moins on peut vraiment échanger nos points de vue, confronter nos différents regards, et au moins ça permet d'avancer et de proposer différentes choses*. »

Les différences de point de vue permettent aux acteurs d'avancer dans leurs réflexions sur une situation particulière ainsi que l'évoque une autre monitrice éducatrice de l'IME : «…*je pense qu'on n'a pas les mêmes objectifs de départ, même si l'activité pareille. Et puis le lieu est différent donc comment cet enfant il réagit dans ces lieux-là, avec cet animal-là, et comment tout ça va se coordonner. Et donc, je me rends compte, en plus elle est très jeune (ma collègue), et donc c'est quelqu'un qui est très dynamique, qui, elle va plutôt dire à l'enfant : « oui, si ! Il faut que tu fasses ! Regarde : c'est bien ! Tu montes dessus, à hop ! » tout ça. Alors que nous, on va peut-être avoir peut-être une distance, enfin, je veux dire…une autre perception, lui dire : « tu sais l'approche, il faudrait que tu t'approches comme ça… […]. Et c'est vrai que, du coup, on n'en rediscute, on en reparle, et puis voilà, je pense qu'elle m'apporte tout son dynamisme, moi peut-être un peu plus la compétence* ».

Dans les propos des professionnels de la résidence service, les personnels, qu'ils relèvent de l'encadrement ou de l'accompagnement des adultes handicapés ne font aucunement référence au projet d'établissement : il existe effectivement un projet associatif, les salariés évoquent, à l'occasion de leurs écrits professionnels les projets individuels d'accompagnement, mais ne font aucunement référence au projet d'établissement dont l'élaboration est cependant programmée après la fusion de l'association « Un toit et moi » avec « Les Papillons Blancs » de Roubaix Tourcoing.

En revanche, à l'IME « Le Landais », si le projet d'établissement n'est pas directement évoqué par les personnels en charge des enfants handicapés, son rôle et sa place sont explicités par le directeur de la structure qui le considère comme un outil incontournable : « *Pour moi l'outil principal, c'est le projet d'établissement* »

C'est un document qui a été élaboré sur plusieurs années, par les professionnels de l'établissement issus de mondes sociaux différents dans un espace spatio-temporel réservé à cet effet baptisé : « journée pédagogique ». Ainsi, le directeur explique : « *…le projet d'établissement, il a été élaboré de manière, pendant une année à peu près, il a fait l'objet de journées pédagogiques, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs moments dans l'année où on rassemble, pas tous les professionnels parce que ça n'est pas possible, mais au moins entre 70 et 80 d'entre eux et c'est déjà conséquent, pendant une demi-journée voire une journée »*

Ces espaces que le directeur nomme « journées pédagogiques » ont pour objectif de guider les réflexions des professionnels dans la perspective d'un retour réflexif sur leurs pratiques à la lumière de notions liées à la démarche qualité, comme la bientraitance dans cet exemple précis. Ces réflexions qui constituent la base de l'élaboration de principes fondateurs d'une éthique de l'usager sont consignées dans le projet d'établissement. C'est l'occasion de s'entendre sur l'utilisation d'un langage commun basé sur des références connues de tous les acteurs : ainsi en est-il, dans notre exemple, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sur la bientraitance , ce qu'explique le directeur :*« On s'est servi de ces temps-là pour sensibiliser, accompagner, construire le projet de l'établissement donc normalement, les professionnels, (enfin, c'est difficile de garantir que tout le monde, mais moi je pense qu'une partie significative des professionnels quelles que soient leurs qualifications, y compris à ma connaissance les agents de service, pour être les plus éloignés de l'accompagnement) ont entendu parler des notions de bientraitance, de prévention des violences, enfin voilà… »*

Ainsi donc, la qualité se négocie, malgré l'injonction législative, avec les professionnels eux-mêmes. Présentée comme un « objet frontière » à l'interaction des mondes sociaux, elle permet la création d'outils reconnus et utilisables par tous ainsi que le précise le directeur « *Donc, comment on se sert des outils de la loi 2002, pour essayer de résumer, on s'en sert, d'abord en ne les réalisant pas ou en ne les construisant pas seul dans un coin et puis en les plaquant: on prend le temps de les construire, et les construire c'est déjà être dans le processus d'appropriation, et puis ensuite on y fait des références régulières, c'est-à-dire que : une bonne partie de nos pratiques aujourd'hui sont référencées au projet d'établissement[…] des pratiques liées à l'accompagnement, des pratiques liées à la mobilité et aux ressources humaines au sens général, des pratiques liées à l'évolution du public, des pratiques liées aux travaux, enfin voilà… On a une feuille de route, elle a été partagée, travaillée, elle a été réfléchie, aujourd'hui on la met en œuvre. Mais du coup, on fait le lien avec le projet d'établissement ».* La qualité est donc aussi elle est également à l'origine d'un retour réflexif sur les pratiques des acteurs et se traduit par le réajustement des objectifs. En ce sens , le directeur explique « *Je crois, je crois que, par exemple, donc on a toujours deux à trois journées pédagogiques par an, la dernière qu'on ait faite c'était fin janvier ou début février, 1er février 2014, elle a été dédiée pendant une demi-journée à : « nous avons un projet d'établissement 2011/2015, on fait le point au milieu du gué ; c'est-à-dire qu'on est deux ans après la mise en place, deux ans avant son achèvement ; on reprend le projet d'établissement (donc chacun est venu avec son classeur, on est parti du projet d'établissement) et puis on a posé trois questions assez simples: quels sont les objectifs que nous avons repérés et dont on peut dire qu'on les a correctement mis en place, c'est bien, on est sur la bonne voie, c'est pas idéal mais en gros on voit bien le sens, on avance, premièrement. Secondement : « quels sont les objectifs qu'on a mis en place, quels sont les objectifs qu'on s'est donnés et deux ans après on constate qu'on a un peu de mal à les mettre en place ? C'est un peu délicat, il faut qu'on réajuste : ben parlons-en. » Troisième déclinaison : « quels sont les objectifs que nous n'avons pas inscrits en 2011 mais au bout de deux ans il faut adapter un peu le projet, on se les donne. »*

Ethique et qualité entretiennent des rapports de réciprocité. Pas de qualité réelle sans posture réflexive et pas d'amélioration globale des prestations sans réflexion préalable pour la construction d'une éthique partagée. Le projet

d'établissement constitue le document de référence, où sont consignées ces réflexions et contractualisés avec les personnels de l'IME les objectifs à atteindre dans le cadre d'une démarche qualité. Ainsi, sur ce sujet, le directeur de l'IME conclut : « *Bon, ça on l'a fait il y a deux mois. C'est une préconisation de l'ANESM, d'ailleurs de réviser régulièrement le projet d'établissement, sans le reconstruire, mais simplement en le mettant à jour. Bon ben voilà, ça veut dire que là, encore une fois, tous les professionnels ont fait un arrêt sur image pendant 3-4 heures en disant : « bon ben voilà : on fait quoi de ce projet d'établissement ? ». Et dans le projet d'établissement, il y a, encore une fois, les outils de la loi 2002 : il y a la participation des enfants, des ados, il y a la place de chacun il y a comment on accueille, il y a les droits et devoirs, enfin voilà, il y a des choses, il y a des projets individualisés évidemment, il y a le rôle du coordinateur de projet,… Enfin voilà : il y a des choses assez concrètes*. »

Ainsi donc **l'animation transdisciplinaire de l'équipe sur la base d'un langage commun participe à la qualité de services proposés à l'usager à condition qu'il y ait sens, coordination et cohérence des actions** dans le cadre d'un projet d'établissement. Outre l'animation et le management par anticipation en prévention des risques possibles, il faut également définir les éléments déterminants d'un management par la qualité au service de la bientraitance de l'usager.

C. Eléments déterminants

Dans cette dernière partie, l'analyse des propos des professionnels va permettre de dégager les éléments déterminants d'un management par la qualité au service de la bientraitance, dans le respect mutuel des usagers et des professionnels et contre la violence institutionnelle crée par des souffrances respectives des deux parties fortement imbriquées.

Les axes retenus pour cette analyse seront les représentations des acteurs sur les liens entre qualité et bientraitance et l' analyse de leur trajectoire professionnelle.

I. Les liens entre qualité et bientraitance

L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur, sa mise en réseau avec les structures partenaires et la transparence apparaissent comme un gage de qualité, tant au niveau **des conditions de travail** proposées aux salariés qu'à celui du **service proposé aux usagers**. Ainsi, le directeur de l'IME explique que « …*on est en lien direct avec l'ouverture et la transparence, parce que plus on va être ouverts, plus on va fonctionner en réseau, plus on va dire à tout le monde : « ben venez, venez voir : l'établissement est ouvert», et bien plus on est en conviction que quand même, qu'on ne fait pas trop mal d'autre boulot, sinon on aurait plutôt tendance à se refermer….»*.L'ouverture sur l'extérieur aide à **la mutualisation des moyens et des compétences des acteurs,** comme le précise l'animateur de la résidence service : « ….*la chef de service me donne des petits coupons pour aller à un théâtre, ou… qui m'aide à trouver des… C'est vrai que des sorties le samedi ou un dimanche, c'est compliqué. Mais sinon après je travaille aussi avec les autres résidences service, donc on est à six dans l'association, donc quelque fois on va faire des tournois de babyfoot dans les autres résidences* ».

La vigilance, d'autant plus difficile à entretenir qu'elle exige **une attention permanente,** même si les conditions d'exercice de l'activité sont excellentes, est caractéristique de la bientraitance et donc de la qualité au service de l'usager. Le directeur de l'IME la pose comme une priorité en regard de la gestion de établissement : « *Je pense qu'aujourd'hui la bientraitance elle appelle qu'on soit au quotidien dans une vigilance pour pas nous laisser « routiniser » ou banaliser ce qui peut se produire. Voilà. Je suis là-dessus aujourd'hui, c'est-à-dire que je crois que les grosses modifications on les a apportées, on peut encore marginalement bouger, mais aujourd'hui, pour être dans la bientraitance, pour moi c'est… bon : on n'oublie pas tous les jours que on accueille, on dit bonjour, on prend le temps, on regarde le projet, on met en œuvre, on ne se laisse pas aller sur les temps morts, on met bien la liaison avec les familles, on ne perd pas la vigilance sur les petits incidents qui peuvent arriver… Et on sait le faire régulièrement ça … Par contre, ne baissons pas la garde, c'est ça que je veux dire.* » . **C'est donc le manque de vigilance qui peut être à l'origine des débordements**, et des faits de violence institutionnelle comme le confirme l'enseignant de l'institut : « *mais c'est des choses qui arrivent parce qu'on baisse la garde, parce que, parce que c'est un bon moment, parce que le travail se*

déroule bien, vous voyez… Voilà. ». L'évolution des publics accueillis nécessite un ajustement des conduites professionnelles à tenir pour un accompagnement de qualité qui exige une **vigilance accrue** ainsi que l'explique l'éducatrice spécialisée de l'IME : « *Et compte-tenu aussi de la pathologie des enfants qui s'alourdit énormément sur le plan médical, pas tellement niveau de la déficience parce qu'on a toujours eu des enfants avec des troubles autistiques etc., mais au niveau médical en a des enfants qui sont très médicalisés, et bon : il faut vraiment faire attention tout le temps quoi.* ». C'est cette **vigilance permanente**, qui, si elle n'est pas accompagnée par une coopération professionnelle, peut être à l'origine de tensions et de stress au travail comme le relate l'AMP de l'IME : « : *Il y a quand même une pression, on est toujours sur le qui-vive en fait, à veiller à ce qu'il n'y ait pas d'accident, parce qu'on a des enfants assez turbulents quand même, avec des troubles du comportement, et qu'on est tout le temps au taquet en fait afin d'éviter tout accident.* »

Sa collègue monitrice éducatrice reprenant la notion de vigilance, insiste sur la **sécurité** comme garantie de la bientraitance et donc de qualité de service auprès de l'usager : « *Donc, ça reste quand même plus dans le quotidien, je dirais, pour nous. De vigilance, de sécurité, beaucoup de sécurité chez les petits* ». **La notion de sécurité en lien avec la qualité** est également évoquée par le veilleur de nuit de la résidence service : « *…Voilà, moi c'est plus « sécurité », des mots comme ça en fait qui vont revenir si on me parle de qualité.* »

Enfin **le bien-être et la qualité de vie sont souvent évoqués en regard de la qualité en direction des usagers** : ainsi l'AMP de l'IME explique que selon elle c'est « *bien tout simplement donner le bien-être à l'enfant, et… Comment le dire.… Être à son écoute, veiller à ce qu'il aille bien, aussi savoir quand il ne va pas bien (ce qui n'est pas toujours facile quand il ne parle pas, d'où le fait de bien connaître l'enfant*) » ce qui passe par une attention personnalisée et particulière. Le bien être est également présenté, par une monitrice éducatrice de l'IME, comme **un préalable indispensable au développement et aux progrès du sujet** : « *mais surtout de bien-être, que l'enfant se sente bien, dans le bien-être, pour qu'il puisse accéder à quelques acquisitions* » en lien avec **le respect** et **son intimité** : « *Eh bien, je dirais que c'est surtout dans le bien-être, nous chez les petits, enfin par rapport au groupe qu'on a ,dans les tout petits, c'est surtout dans le bien-être des petits, essayer quand*

même de respecter leur intimité, de respecter dans… dans les gestes, dans le quotidien, dans l'attention, dans la façon d'appréhender l'autre… ».

Ainsi, les conditions de la qualité seraient en lien avec les représentations qu'ont les acteurs des caractéristiques de la bientraitance. Selon les personnes interviewées, il peut s'agir souvent de la vigilance, de la sécurité, et du bien-être mais surtout de l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur et de la transparence qui en découle, expression d'un management par la qualité au service de la bientraitance en établissement.

Pour mieux comprendre les représentations des professionnels, il convient de déterminer les caractéristiques de leur trajectoire.

II. Trajectoire des acteurs

L'analyse des parcours professionnels des personnes interrogées va nous donner des éléments sur la qualité au niveau de la gestion des ressources humaines : Comment une profession identifiée dès le départ engendre des parcours linéaires ? Comment les ruptures dans les parcours professionnels peuvent générer une profession ? Quelles sont les stratégies des structures concernant l'accès à la profession, le maintien dans le secteur avec différentes fonctions ?

Le tableau ci-dessous, qui sert de support à cette analyse reprend les données communiquées à l'occasion de la phase exploratoire mais aussi les réponses aux questions posées lors des entretiens aux douze personnes interviewées. Pour une meilleure lisibilité, le tableau est volontairement inclus dans le texte de ce mémoire avec ces quelques précisions complémentaires :

- L'intitulé « **Rupture parcours** » reprend les cas où la formation initiale, le secteur des débuts de la vie professionnelle de la personne interrogée n'a pas de lien direct ou indirect avec le secteur social ou médico social.
- L'intitulé « **Plusieurs structures SMS** » répertorie les cas où la personne interrogée a eu l'occasion d'exercer dans différentes structures du secteur médico social.
- L'intitulé « **Plusieurs fonctions SMS** » récapitule les cas où la personne interrogée a eu l'occasion d'occuper des postes différents du secteur social

ou médico social, que ce soit au sein de la même structure ou dans des établissements ou services variés.

- L'intitulé « **Perspectives d'évolution professionnelles** » permet de faire le point sur les projets de formation ou d'évolution mis en place par les personnes interrogées.
- « **La quotité** » et le « **type de contrat** » sont les déterminants d'une plus ou moins grande stabilité et sécurité professionnelle.

Tableau récapitulatif

Statut	FI[59]	FC[60]	Rupture parcours	Plusieurs structures SMS[61]	Plusieurs fonctions SMS	Perspectives Evolution Prof.	quotité	Type contrat	observations
AMP[62]	Deug Anglais	Maîtrise sc.éducation VAE[63] ES[64]	oui	oui	oui	non	Partiel	CDI[65]	Surqualifié
AMP	Bac pro commerce	Formation AMP	oui	non	non	AMP	2 partiels ETP[66]	Contrat avenir	En formation
Chef Service.	Diplôme Vétérinaire étranger	Assistante Sociale Formation CAFERUIS[67]	oui	oui	oui	Cadre autres structures	ETP	CDI	En formation
Veilleur	CAP Electro	BAFA[68]	oui	oui	oui	non	Partiel	CDD[69]	x
ME	Bac sciences Medico sociales	Monitrice Educatrice	non	non	oui	non	ETP	CDI	x
Maîtresse maison	CAP APR[70]	x	oui	non	oui	non	ETP	CDI	x
Psychomotricien	Diplôme psychomot.	x	non	oui	non	non	ETP	CDI	x
AMP	BEP/CAP Petite enfance	AMP	non	non	non	non	ETP	CDI	X
Directeur	?	?	non	non	oui	?	ETP	CDI	Peu renseigné
Educatrice Spécialisée	Bac+4 biologie	IUT carrières sanitaires et so.	non	non	oui	non	ETP	CDI	
ME	?	Monitrice éducatrice	oui	non	non	non	ETP	CDI	Entrée tardive secteur SMS
Enseignant	CAP Instituteur	CAPSAIS[71] DDEEAS	oui	oui	oui	non	ETP	CDI	Retour enseignement après direction

Légende

Fonds bleu : personnels de la résidence service

Fond rose : personnel de l'IME

Tous les professionnels sont titulaires d'au moins un diplôme de niveau V lorsqu'aucune qualification spécifique n'est requise ou possèdent une qualification

[59] Formation initiale
[60] Formation continue
[61] Secteur social et médico social
[62] Aide médico Pédagogique
[63] Validation d'Acquis d'Expériences
[64] Educatrice Spécialisée
[65] Contrat à durée indéterminée
[66] Equivalent Temps Plein
[67] Certificat d'aptitude aux Fonctions d'encadrement et de Responsable d'unité d'intervention sociale
[68] Brevet d'aptitudes aux fonctions d'animateur
[69] Contrat à durée déterminée
[70] Agent polyvalent de restauration
[71] Certificat d'aptitude professionnelle spécialisé pour l'adaptation et l'intégration scolaire.

correspondante au poste qu'ils occupent ou encore sont en formation dans l'objectif de l'obtenir. Ainsi, ils ont reçu le minimum de formation nécessaire à l'exercice de leur métier. Il est donc attendu de ces personnels une bonne compréhension de la tâche et une maîtrise de l'exercice de l'activité. A ce propos, aucun des acteurs interrogé n'a évoqué de tensions à ce sujet.

Peu de statuts sont précaires : sur les 12 personnes interrogées, 10 d'entre elles bénéficient d'un CDI et c'est le cas de tous les personnels qui relèvent de la plus grosse des deux structures : l'IME. Dans le même sens, 9 des 12 professionnels sont employés à temps complet, les trois qui sont employés à temps partiel travaillent dans la plus petite des deux structures, la résidence service.

Les distorsions entre le diplôme effectif obtenu et l'occupation du poste ne trouvent qu'à la résidence service, en revanche, sur l'IME les personnels sont titulaires de la qualification qui correspond à leur poste.

Au cours des entretiens, les professionnels, mise à part la chef de service de la résidence qui anticipe une restructuration dans la perspective de la fusion de l'association avec « Les Papillons Blancs », **aucun n'évoque une perspective d'évolution professionnelle** bien que des possibilités de changement aient été évoquées par plusieurs d'entre eux. En ce qui concerne l'IME essentiellement, cet élément, croisé avec les propos des professionnels, et le nombre des années d'exercice de la profession au sein de l'institution traduit une qualité de vie au travail qui n'incite pas à la mobilité systématique. Ceci, même si la plupart d'entre eux, 9 sur les 12, ont souhaité exercer **différentes fonctions** au sein de la même institution, pour « éviter la routine », ainsi que l'exprime le psychomotricien. La remise en cause et la prise de risque, nécessaires au réajustement des pratiques professionnelles semble faire partie intégrante du fonctionnement des acteurs. Néanmoins, seuls 5 des professionnels sur les 12 interrogés ont eu l'opportunité d'exercer un métier du secteur social en dehors de leur lieu de travail actuel : manque d'opportunités ou réel confort des conditions de travail actuelles ?

Les parcours linéaires, sans rupture, traduisent les trajectoires des personnes qui ont « appris un métier », une profession identifiée dès le départ. Même si ces acteurs ont travaillé dans différentes structures, ils y ont toujours exercé la même fonction. Ainsi en est-il du parcours professionnel du psychomotricien de l'IME qui explique « *Vous connaissez déjà ma profession de psychomotricien, c'est le cas depuis 1981, depuis octobre 81, dans différentes structures, à la fois liée à l'enfance,*

liée à l'adolescence, liée au monde adulte, ou attachée la plupart du temps au monde du handicap, ou non, à d'autres moments. Avec aussi pas mal de… j'allais dire d'animation… Donc c'est un parcours, je veux dire, multi-établissements, multi-populations. »

Les 4 salariés qui travaillent à la résidence service ont connu dans leur parcours un secteur d'activité autre que le secteur social. **Leur formation initiale n'a pas de rapport avec l'accompagnement des personnes en situation de handicap**. C'est un domaine qu'ils ont eu l'opportunité de découvrir soit dans le cadre de dispositifs d'aide à l'emploi, soit par choix, dans le cas de la chef de service. Quoiqu'il en soit, leur employeur a pris en charge leur formation et ils sont titulaires ou en voie de l'être de la qualification nécessaire pour le poste qu'ils occupent. La rupture dans leur trajectoire professionnelle a été l'occasion de se professionnaliser et de faire reconnaître des compétences acquises au service du secteur médico social.

Les salariés de l'IME ont, au moins pour 5 sur les 8 personnes interrogées **une formation initiale en lien avec leur métier actuel**. Leur carrière dans le secteur médico social découle de leur projet initial d'orientation. Soit l'institution leur a permis d'accéder à une profession, c'est le cas par exemple d'une monitrice éducatrice de l'IME qui évoque à l'occasion de son parcours « *Donc j'ai fait un Bac sciences médico-sociales, ce qui m'a permis de faire des stages et de confirmer que je voulais faire monitrice éducatrice, et donc, j'ai eu mon diplôme de monitrice éducatrice. Je suis arrivée en remplacement ici à l'IME, j'avais fait un de mes stages durant ma formation ici, et donc en re-postulant, j'ai été prise en CDD au centre d'habitat, donc au foyer de Bouvines chez les petits* ».

Les deux autres personnes qui ont intégré le secteur et plus précisément l'IME, a posteriori, semblent, selon leur discours s'y être épanouies au point de ne pas être pressées de prendre leur retraite en fin de carrière. Elles évoquent un parcours riche et varié qui traduit la volonté de l'institut de les maintenir dans le secteur avec différentes fonctions.

Dans les propos des professionnels recueillis au cours des entretiens, il ressort, outre **une qualité globale des conditions de travail, un investissement permanent auprès des personnes accueillies, une remise en cause, un réajustement des pratiques par des retours réflexifs mais aucun signe de burn out**.

La trajectoire des acteurs, croisée avec d'autres indicateurs, comme la définition de la bientraitance ou de la violence institutionnelle renseignent sur l'intégration des principes du management par la qualité dans les pratiques professionnelles :

Ainsi, j'ai pu noter que, plus le parcours de la personne interrogée est corrélé à sa formation initiale dans le cadre de son projet professionnel, plus le discours fait appel à des notions générales, en lien avec le secteur médico social, et traduit une attitude de praticien réflexif. C'est le cas du directeur de l'IME, du psychomotricien et particulièrement de l'enseignant dont l'entretien constitue une analyse des pratiques professionnelles en institut à la lumière des notions de bientraitance, violence institutionnelle et qualité.

Pour les autres professionnels interrogés, ayant connu une rupture dans leur parcours, et dont les compétences ont été validées dans la perspective d'une professionnalisation, la qualité est définie en référence au secteur médico social mais aussi au secteur marchand. Les notions de bientraitance et de violence institutionnelles sont systématiquement illustrées par de nombreux exemples, et l'attitude de praticien réflexif demeure présente en filigrane tout au long de l'entretien.

Enfin, pour les personnels qui n'ont pas bénéficié de formation spécifiques mises en place par les associations de tutelle des structures pour les postes qu'ils occupent, les définitions de violence institutionnelle se résument à quelques cas concrets, la représentation de la qualité est essentiellement en lien avec le secteur marchand et le discours ne traduit pas forcément de retour sur les pratiques.

Ainsi donc, les trajectoires des acteurs déterminent leurs représentations en regard d'une démarche qualité au service des usagers. Les liens qu'ils font entre bientraitance et qualité comme l'ouverture sur l'extérieur, la vigilance, la sécurité ou le bien-être constituent autant de critères qui garantissent l'efficience de ce type de management dans des structures qui accueillent des personnes dépendantes, qui ne sont pas toujours en faculté de s'exprimer et pour lesquelles la notion de satisfaction exprimée ne correspond pas forcément à celle de besoin effectif.

Si ces considérations vont dans le sens d'une argumentation selon laquelle un management par la qualité à visée d'adhésion des salariés influence les pratiques professionnelles au service de la bientraitance des usagers, elles ne permettent pas

cependant de valider complètement l'hypothèse de départ selon laquelle construire une démarche qualité permet de préserver la qualité de vie et prévenir la violence institutionnelle.

Des éléments de la restitution des résultats, liés aux outils et procédures de la qualité vont dans le sens d'un management, au service de la bientraitance des usagers. Ainsi, l'évaluation interne est perçue par les professionnels comme le moyen de prendre conscience des dysfonctionnements et d'y remédier. De la même façon, les projets individuels d'accompagnement et les protocoles de signalements de faits de violence apparaissent comme des progrès en regard du bien-être des personnes accueillies. Aussi la nécessaire coopération pluridisciplinaire imposée par la qualité dans la perspective d'une prise en charge globalisée permet de proposer des services adaptés aux besoins ces personnes.

Les entretiens traduisent à divers degrés, selon leur trajectoire, la posture réflexive des professionnels interrogés, induite par les exigences de la qualité. A cette occasion, ils s'expriment en listant d'abord les pré-requis nécessaires à une prestation de qualité, ensuite les indicateurs qui permettent de l'évaluer.

Enfin, le management en anticipation des risques se mesure dans la capacité de l'encadrement à gérer les tensions, entre tous les acteurs, usagers, familles et professionnels, mais surtout dans l'accompagnement des personnels lorsque la violence institutionnelle est une conséquence de la souffrance au travail ou est inhérente à l'activité de travail elle-même. L'animation de l'équipe pluridisciplinaire, est un gage de qualité lorsqu'elle permet la cassure entre les frontières des mondes sociaux. L'expression de la qualité se retrouve alors dans le dialogue et les échanges entre les différents professionnels, dans une perspective de construction d'éthique partagée. La qualité est alors envisagée comme un objet frontière à l'articulation des différents mondes sociaux.

Cependant, malgré tous ces éléments qui vont dans le sens de la validation de l'hypothèse de travail, le directeur de l'IME reste septique. Il répond à la question de savoir comment la démarche qualité contribue au recul de la violence institutionnelle que « *voilà, par rapport à la question de départ, je ne mets pas de liaison immédiate en disant : « on va faire baisser la violence parce qu'on est dans une démarche qualité », pour moi : non.* » Il précise à ce propos qu'il travaille dans une logique de clarté et surtout de transparence et que « *donc on a cette logique-là*

qui est assez importante. Moi, je crois beaucoup en ça. Mais j'ai du mal à mesurer directement l'effet sur la violence pour moi c'est un peu moins directement corrélé. »

L'hypothèse de travail est donc partiellement validée dans la mesure où le directeur de l'établissement, membre de l'encadrement, nie le lien direct entre violence institutionnelle et qualité.

Ainsi, si construire une démarche qualité, ne permet pas systématiquement et directement de prévenir la violence institutionnelle, cela influence, au moins sous certaines conditions (comme l'adhésion des salariés, la clarté, la transparence), les pratiques professionnelles au service de la bientraitance de l'usager. Cette hypothèse n'en n'est pas moins active dans le travail de recherche mené et s'il devait être poursuivi, elle pourrait être ainsi reformulée :

« **Construire une démarche qualité, c'est instaurer la bientraitance au service de l'usager** »

CONCLUSION

Dans une logique de la promotion de la personne, telle que celle attendue des changements induits par la mise en œuvre de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, la personne accueillie doit pouvoir plus que jamais bénéficier de la qualité des prestations proposées.

Il ne s'agît pas simplement de la seule qualité de service en tant que telle qui, certes engage tous les professionnels, comme on a pu le voir confirmer au cours de cette étude, mais de la bientraitance, au service de l'usager et dans l'intérêt de ce dernier.

Si la bientraitance est instaurée d'abord en direction de la personne accueillie, elle concerne également les personnels et traduit l'état d'esprit de l'institution managée dans le cadre de la démarche qualité : attitude respectueuse et professionnelle du praticien réflexif, reconnu, accompagné et formé, capable d'ajuster sa conduite en toutes circonstances.

Le directeur d'établissement, sur le plan de son actualité règlementaire est confronté à la nécessité d'engager ses équipes dans des démarches régulières d'évaluation externes mais surtout internes. En s'inscrivant dans l'accompagnement des équipes pluridisciplinaires exerçant au sein de son établissement, en participant aux travaux qu'elles mènent, en facilitant leur mise en œuvre, il facilitera l'instauration d'un dialogue commun, base de l'élaboration de principes éthiques partagés, qui contribue à la communication des mondes sociaux. A l'interface entre l'établissement et l'association gestionnaire, il s'emploiera à garantir la cohérence des actions dans le cadre du projet du premier avec les objectifs de la seconde.

Le choix d'orienter délibérément cette démarche d'évaluation interne, dans la voie d'une recherche d'amélioration continue de la qualité de service, si elle ne permet pas de se préserver directement de la violence institutionnelle, assure peut-être néanmoins et sous certaines conditions l'instauration de la bientraitance au service des usagers, ce qu'il serait me semble t-il pertinent d'interroger dans le cadre d'une nouvelle piste de recherche.

Professionnelle de l'éducation nationale, j'ai volontairement fait le choix d'effectuer un travail d'enquête sur des lieux extérieurs à l'exercice de mon activité professionnelle, dans un souci d'objectivité. Les constructions des cadres de

références indispensables à ce travail et les conclusions issues des analyses des données recueillies, m'ont néanmoins permis de mieux appréhender le management d'une structure et de son équipe par la qualité et c'était quelque part, on l'aura compris, l'un des objectifs recherché.

Le prochain projet consistera, grâce à cette année de formation en master 2 EREFA, en l'élaboration de grilles d'analyse de mon activité professionnelle actuelle, préalable nécessaire à l'évolution d'un management dans une perspective de démarche qualité, même si celle-ci n'est pas encore règlementaire dans l'éducation nationale. Quels que soient les modalités des référentiels qui en découleront, la question du droit des usagers constituera un point de passage obligé. Elle nécessitera une approche législative et règlementaire, comme il l'a été mis en évidence au cœur de ce travail, mais cette approche ne saurait constituer, en matière de management une entrée suffisante, tant la complexité des phénomènes humains se révèle prégnante en ce domaine. Il faudra alors mettre en œuvre l'art de naviguer entre sur-structuration et sous structuration, aucune procédure, aucun protocole n'ayant encore permis, de réduire un tout à la somme des parties.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- AKRICH M, CALLON M., LATOUR B. ; « Sociologie des organisations »
- BAUDURET J-F, JAEGER M, *Rénover l'action sociale et médico-sociale- Histoire d'une rénovation,* Dunod, Paris, 2002
- BLANCHET A, GOTMAN A, L'enquête et ses méthodes, l'entretien, A. Colin, 2007.
- BLANCHET, A. (2003). Dire et faire dire: l\'entretien.
- BONJOUR P., CORVAZIER F., *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux*. Erès, Paris, 2003
- BONJOUR P., CORVAZIER F., *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux*. Erès, Paris, 2003
- BOUQUET B., *Ethique et travail social. Une recherche de sens*, Dunod, Paris, 2003
- BOUQUET B., JAEGER M., SAINSEAULIEU I. (sous la direction de), *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Dunod, Paris, 2007
- CHARLEUX F., GUAQUERE D., *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale, Outils, méthodes et mise en œuvre*, ESF, Paris, 2003
- DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales,- Sens, enjeux, méthodes*, Seli Arslan, Paris, 2001
- GOFFMAN E*., Asiles, Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Les éditions de minuit, 1968
- JANVIER R., MATHO Y., *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, Dunod, Paris, 2004
- Linhart, D. (1991). *Le torticolis de l'autruche: l'éternelle modernisation des entreprises françaises*. Éditions du Seuil.
- LOUBAT J.R, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Dunod, Paris, 2006
- LOUBAT J.R, *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*, Dunod, Paris, 2007
- MIRAMON J.M, MORDOHAY F.O, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, Dunod, Paris, 2003
- SAINSAULIEU ; Diriger et encadrer autrement ; encadrer, métier impossible

ARTICLES

- ANESM , 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre.
- Anadón, M., & Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive. *Recherches qualitatives*, 26-37.
- Revue Pour n°28 Octobre 1981, Déroulement et démarche d'une enquête organisationnelle.
- Beguin, P. (2004). Mondes, monde commun et versions des mondes. *Bulletin de psychologie*, *57*, 45-48.
- Créoff, M. (2000). Les maltraitances institutionnelles. *Actualité et dossier en santé publique (adsp)*, *31*, 52-6
- Corbet, E. (2000). Les concepts de violence et de maltraitance. *Actualité et dossier en santé publique*, *31*, 20-25.
- CORBET E. Une « prévention des violences et maltraitances institutionnelles » ou la « promotion de la bientraitance »que signifient ces glissements sémantiques ? *Dossier CREAI Rhône Alpes N 134 juin 2004 p.5-13*
- Davezies, P. (2004, February). Souffrance au travail: le risque organisationnel. In *Conférence introductrice aux Journées Médicales du CISME sur le risque organisationnel*.
- Develay, M. (2001). *Propos sur les sciences de l'éducation: réflexions épistémologiques*. Esf.pp 55-62
- Durning, P. (2000). Maltraitances: une notion floue, des réalités incontournables. *Actualité et dossiers en santé publiqueLa documentation française, Paris*.
- Filhol, O. (2010). La démarche qualité: cette douce tyrannie de la transparence.*L'éducation spécialisée au quotidien*, 21-45.
- Gabel, M. (2000). La maltraitance faite aux enfants. *Actualité et dossiers en santé publiqueLa documentation française, Paris*.
- GRECO J. (2004) Prévention, révélation et traitement des situations de maltraitance. *Dossier CREAI Rhône Alpes N 134 juin 2004 p.5-13*
- d'Huyteza, A. (2000). La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental.
- Jacques, A. (2000). Les avatars de l'éducation. *Paris: PUF*.pp 255-260
- Manciaux, M. (2000). De la maltraitance à la bientraitance. *Actualité et dossier en santé publique-revue du Haut Comité de la santé publique adsp N 31 juin 2000: 63*, *66*.
- Moulias, R., Moulias, S., & Busby, F. (2010). La "bientraitance": qu'est-ce que c'est?. *Gérontologie et société*, (133), 10-21.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie.*Revue française de sociologie*, *16*(2), 229-247.
- Mucchielli, A. (2004). Recherche qualitative et production de savoirs: le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives*.pp7-34

- P.PASTRE : « L'analyse du travail en didactique professionnelle » ; Revue française de pédagogie n°138 ; Recherches sur les pratiques d'enseignement et de formation, janvier-février-mars 2002, p.9 à 17.
- Leclercq, G., & Oudart, A. C. (2011). L'accompagnement à l'écriture du mémoire professionnel: postures, convictions et savoirs des enseignants. *Lidil. Revue de linguistique et de didactique des langues*, (43), 149-163.
- L.QUERE : « La situation toujours négligée ? », Revue Réseaux, Volume 15, n°85 p.163-192
- P.RABARDEL : Ergonomie, « Concepts et méthodes », fiche n°3 : notion de travail en ergonomie, 2002
- Ruault, G. (2012). Bientraitance, qualité de vie, MobiQual. *Geriatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, *10*(4), 353-354.
- Yves Schwartz et Eliza Echternacht « Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre ? », *Corps* 1/2009 (n° 6), p. 31-37.
- Dominique, T. E. M. P. L. E., & Mireille, C. H. A. B. A. L. (1995). La Réciprocité et la naissance des valeurs humaines.
- Tomkiewicz, S. (2000). La résilience. *Actualité et dossier en santé publique-revue du Haut Comité de la santé publique adsp N 31 juin 2000: 60*, *62*.
- Tomkiewicz, S. (1984). Violences et négligences envers les enfants et les adolescents dans les institutions. *Child abuse & neglect*, *8*(3), 319-335.
- Viard A. (2004) Prévenir et traiter les risques de maltraitance : quelles obligations juridiques ? *Dossier CREAI Rhône Alpes N 134 juin 2004 p.2-4*
- Dominique Vinck « De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances* 1/2009 (Vol. 3, n° 1), p. 51-72
- Dominique Vinck « Retour sur la notion d'objet frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances* 1/2009 (Vol. 3, n° 1), p. 5
- Zucman, É., & Lapeyre, M. (2007). « Auprès de la personne handicapée, Une éthique de la liberté partagée ». *Reliance*, (3), 135-136)

TEXTES

- *La refonte des annexes 24 en 1989 : pluridisciplinarité et cohérence pour les enfants handicapés*
- Rapport Bloch Lainé en 1966 loi 75-734 du 30 juin 1975 pour les usagers : action auprès des personnes handicapées est une obligation nationale.
- **Loi 75-735 du 30 juin 1975 associe les usagers et leur famille au fonctionnement des établissements.**
- Décret 17 mars 1978 création des conseils de mais + décret du 17 octobre 1985 création des conseils d'établissement dans les maisons de retraite.
- Décret 31 décembre 1991 et circ 3 août 1992 étend ces principes de participation des usagers à la vie de tous les établissements. .
- Art 2.2 de la loi de 1975 : shéma départemental : souci de la qualité s'exprime dans la procédure de création et extension des établissements et s'affirme dans prérogatives du représentant de l'état.

- Circ du 6 mars 1986 : conditions de prise en charge précoce et de qualité des enfants handicapés+ formation des personnels
- Circ DAS 98-75 du 5 mai 1998 : maltraitance à enfant au sein des établissements SMS
- Loi 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles &protection des mineurs.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité DGAS, ENSP, janvier 2000 : guide méthodologique : prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des jeunes enfants et des jeunes dans les institutions SMS.
- Circ 2001-52 du 10 janvier 2001 relative à la protection de l'enfance et coordination des actions entre services déconcentrés. Signalement et violence en institution.
- Circ DGAS 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention violences notamment sexuelles en établissements.
- Art 8 loi du 16 novembre 2001protège professionnels des représailles s'ils dénoncent mauvais traitements.
- **Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale**
- Cahier des charges 29 mars 2002 relatif au programme pluriannuel d'inspection des établissements SMS en vue de repérer les risques de maltraitance.
- Circ 2002-265 du 30 avril 2002 relative en renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance des enfants & adultes vulnérables accueillis dans les établissements.
- Circ 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la lutte contre maltraitance des personnes âgées.
- Guide de repérage des risques de maltraitance de la DGAS de juillet 2002
- ***La loi de 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.***
- Claire BRISSET 2004, « rapport annuel du défenseur des enfants au Président de la république et au Parlement
- le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007

ECRITS INSTITUTIONNELS

- Projet associatif 2012-2017 de l'association « les papillons blancs de Lille »
- Projet d'établissement association « Un toit et moi »
- Projet d'établissement IME Lelandais 2011-2015

SITES

www.travail.gouv.fr

www.defenseurdesenfants.fr

www.atilf.atilf.fr

ANNEXES

Annexe 1

QUALITÉ : EVOLUTION D'UN CONCEPT

ORIGINE - ETYMOLOGIE	CHAMP D'APPLICATION	DEFINITION – USAGE
« Qualitas, tatis » (Cicéron) " Qualis talis "	Latin classique	Manière d'être "Tel quel". Décrire les choses telles qu'elles sont, de faire en sorte qu'elles soient telles qu'elles devraient être, au regard de leurs nature ou de la nature des besoins qu'il convient de satisfaire.
Modèle grec "ποιότης, -ητος »	Langue Philosophique	Définir ce qui est bon ou mauvais .
	Reliée au Latin ecclésiastique	En parlant d'une chose, s' y trouve associé, en synonymie, la notion d'attribut, de caractère,d'essence, d' état, de nature, ou de propriété (propriété désignant alors la qualité par laquelle une chose est ce qu'elle est, la vertu qui lui est propre, qui la distingue spécialement.

	Langue Philosophique selon - la Métaphysique aristotélicnne - la Philosophie Scholastique	Désigner une des dix catégories qui indique la manière d'être qui peut être affirmée ou niée d'un être (chaud, froid ; bien portant, malade..). Désigner des qualités occultes : • qualité primaire faisant référence aux qualités fondamentales des corps (sec, humide, chaud, froid). • qualités secondes, dites qualités sensibles, pouvant faire défaut aux objets particuliers et qui sont perçues seulement de manière subjective.
	Droit commercial	-un certificat de qualité est une marque, une inscription, un titre, un label, un document ou un signe distinctif tendant à attester à des fins commerciales qu'un produit ou un service présente certaines qualités spécifiques ayant fait l'objet d'un contrôle technique. -La garantie de qualité s'applique alors au contrôle de la qualité, afin de rendre compte de la gestion des moyens mis à la disposition de la production
1976	Approche sociologique de l'Environnement	« état de l'environnement évalué en fonction de ses effets sur les êtres vivants et les biens »
1976	Au niveau du discours	-Qualité de la vie définie comme une formule (souvent à valeur de propagande) qui exprime l'aspiration (surtout des populations urbaines) à une société dans laquelle la course à la production et à la consommation maximale feraient place à la recherche d'une vie

		plus détendue grâce à un meilleur aménagement des conditions et des temps de travail et de loisir, à l'élimination des nuisances. -Apparition d'un Ministère de la qualité de la vie
1981	Organisation du travail	-Emergence des cercles de qualité -Le terme se trouve défini par l'International Organization for standardization (ISO) de la façon suivante : « ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites.

Annexe 2

Le conseil de l'Europe a classifié les différentes formes de maltraitance en 1992 :

Violences physiques	Coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie).
Violences psychiques ou morales	Langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales…
Violences matérielles et financières	Vols, exigences de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés…
Violences médicales ou médicamenteuses	Manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitement sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur, privation de repas…
Négligences actives	Toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire.
Négligences passives	Négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage.
Privation ou violation de droits	Limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse…

Abstract

Dans une logique de la promotion de la personne, telle que celle attendue des changements induits par la mise en œuvre de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, la personne accueillie doit pouvoir plus que jamais bénéficier de la qualité des prestations proposées.

Cette injonction législative fait suite à la montée en puissance des textes sur la prévention des violences et maltraitances institutionnelles initiée depuis 1998.

Dans ce contexte, la question d'une recherche de l'influence du management par la qualité sur les pratiques professionnelles présente d'autant plus d'intérêt qu'elle permet d'aborder le sujet délicat de la violence en institution, à travers les propos des acteurs en tant que participants à la recherche :

Comment traduisent-ils la démarche qualité sur le terrain ? Comment leurs représentations participent-elles à la prévention de la violence institutionnelle ? Pour quelle amélioration de la qualité du service proposé au service des usagers?

Deux variables clairement identifiées interviennent dans les choix méthodologiques opérés : la violence institutionnelle à l'égard des usagers croisée avec le management des professionnels à visée d'adhésion des salariés.

L'essentiel du travail de recherche de ce mémoire consiste à produire un savoir sur la façon dont la démarche qualité en établissement, appréhendée comme un objet frontière, prévient la violence institutionnelle en influençant la pratique professionnelle des acteurs de terrain.

In an approach revolving around promoting individuals and in an effort to update social and medical support; the former being expected from the application of the 2002-2 law (January 2nd 2002); the people taken into care ought to benefit from the best array of services available.

This legal injunction results from the growing focus on laws preventing institutional violence and abuse in effect since 1998.

Under the current circumstances, research on the influence that management can have on the quality of the services offered by professionals is all the more interesting as it allows to tackle the sensitive subject of institutional violence; that research being fueled by people contributing their testimonies:

What about the practical aspect of this project? How can active representation help prevent institutional violence? How can it improve the quality of care?

There are two clearly defined variables that impacted the choice in methodology: institutional violence towards patients linked with the training of professionals so as to get them to adhere to the project.

The main objective of this thesis lies in enhancing knowledge on how promoting quality services in social institutions and training professionals to that end, can help prevent violence.