

Université de Provence - Aix-Marseille 1
Département des Sciences de l'Education

D.E.S.S. Missions et
Démarches d'évaluation
Politiques, stratégies, pratiques

Paris Lambesc 1996/1997

Autonomie professionnelle et
auto-évaluation

*(A propos d'une profession :
l'ergothérapie en rééducation fonctionnelle)*

Didier d'ERCEVILLE
sous la direction de Chantal EYMARD-SIMONIAN

1	INTRODUCTION	4
2	PROBLEMATIQUE PRATIQUE	5
2.1.	<u>Ergothérapie : un métier un peu marginal, en voie d'assimilation</u>	5
2.1.1.	Des origines contrastées	5
2.1.2.	Un large champ d'intervention, des traitements de la déficience à la lutte contre les désavantages	6
2.1.3.	Des techniques multiples et en pleine évolution	7
2.1.4.	Un certain flou dans la délimitation des domaines de compétence	7
2.1.4.1.	<i>L'absence de référentiels explicites et les difficultés de l'exercice pluridisciplinaire</i>	7
2.1.4.2.	<i>Une relative sous-représentation du métier dans la hiérarchie, et ses conséquences</i>	8
2.1.5.	Les évolutions récentes : vers une intégration	8
2.1.5.1.	<i>Une prise de conscience, une ébauche de nomenclature</i>	8
2.1.5.2.	<i>Les écoles et l'évolution des programmes d'enseignement</i>	9
2.1.5.3.	<i>Les décrets de compétence</i>	9
2.2.	<u>Du plan du traitement au projet institutionnel : un passage difficile. Des attitudes quotidiennes révélatrices</u>	10
2.2.1.	Le projet : proposer pour reconstruire	10
2.2.2.	La pluridisciplinarité affichée : un paravent ?	11
2.2.3.	Le rapport à la prescription comme révélateur	11
2.2.3.1.	<i>Un coordinateur obligatoire, le médecin rééducateur</i>	11
2.2.3.2.	<i>Caractéristiques d'une profession paramédicale et ergothérapie : un rapport ambigu</i>	12
2.2.3.3.	<i>La prescription médicale et les "bons esclaves"</i>	13
2.2.3.4.	<i>La prescription médicale, "carcan inconmode"</i>	13
2.2.4.	Le projet d'établissement : un slogan ?	14
2.3.	<u>Le contexte général, ses conséquences</u>	14
2.3.1.	La technique, le travail en miettes, des stimulants inattendus	14
2.3.2.	Les actes P.M.S.I. : un facteur d'élucidation	15
2.3.3.	L'accréditation, une procédure vers un processus ?	16
2.4.	<u>Autonomie et évaluation : quel sens empirique ?</u>	17
2.4.1.	Autonomie professionnelle : une revendication incertaine	17
2.4.2.	Évaluation : le lien hiérarchique	18
2.4.3.	Auto-critique, examen de conscience et auto-évaluation	19
2.4.4.	Une approche pragmatique de l'auto-évaluation	20
2.4.5.	Le cadre : contrôleur, évaluateur ou béquille ?	20
2.5.	<u>Ebauche d'un dispositif</u>	21
2.5.1.	Le "complexe d'Athéna" et la recherche de systèmes de références	21
2.5.2.	La boîte à outils : mode d'emploi	22
2.5.3.	Autonomie et auto-évaluation : un idéal	23
2.5.4.	Situation vécue, situation visée...	24
3	PROBLEMATIQUE THEORIQUE	25
3.1.	<u>L'acteur face à lui-même comme préalable. Le miroir des comportements</u>	25
3.1.1.	Les stratégies d'acteurs : une interprétation	26
3.1.1.1.	<i>Le silence comme trêve</i>	26
3.1.1.2.	<i>La bruyante revendication des compétences techniques</i>	27
3.1.1.3.	<i>Le dos au mur ou la puissance de l'esclave</i>	27
3.1.2.	L'absence de monopole professionnel comme chance	27
3.2.	<u>De l'acteur à l'auteur. "Le collègue invisible" de Lambesc</u>	28
3.2.1.	Évaluation, auto-évaluation : richesse et complexité	29
3.2.2.	Quel objectif se fixe-t-on ?	30
		31

		3
	3.2.3. La négociation des référentiels	32
	3.2.4. Référentiel et différentiel	32
	3.2.5. La multiréférentialité comme possible	33
	3.2.6. L'autonomie professionnelle et l'identification des limites	34
	3.2.7. L'autonomie professionnelle en projet	35
	3.2.8. Les valeurs professionnelles comme horizon	36
	3.2.9. La question des critères et des indicateurs pour évaluer la construction autonome d'un projet professionnel	36
4	METHODOLOGIE	37
	4.1. <u>L'itinéraire d'un questionnement</u>	37
	4.1.1. Dans l'organisation hospitalière	38
	4.1.2. Une confirmation dans les réseaux externes	40
	4.1.3. De la procédure au questionnement dans les organisations	40
	4.1.3.1. <i>La norme I.S.O. et le C.A.T. quand la procédure peut faire sens</i>	40
	4.1.3.2. <i>L'organisation hospitalière entre consultance et expertise (deux conceptions du projet : le projet en construction accompagnée, le regard expert sur un projet considéré comme fini)</i>	41
	4.1.3.3. <i>L'illusion de la prévision et le deuil du contrôle</i>	42
	4.1.4. Une distanciation difficile	43
	4.2. <u>Modifier les représentations des professionnels ?</u>	43
5	EN PRATIQUE	45
	5.1. <u>La boîte à outils virtuelle</u>	45
	5.2. <u>La démarche de l'agent</u>	46
	5.3. <u>La démarche de l'acteur</u>	46
	5.4. <u>La démarche de construction autonome du projet de l'auteur</u>	50
	5.5. <u>Auto-évaluation de la démarche de type auteur</u>	50
	5.6. <u>Les effets escomptés de la proposition</u>	52
6		53
7	CONCLUSION	54
	BIBLIOGRAPHIE	

1 . INTRODUCTION

Quel que soit l'environnement professionnel, le métier exercé et l'entreprise, se pose la question de l'interprétation des tâches, des missions attribuées à chacun et du sens que chaque agent peut leur donner. Le niveau de responsabilité, le pouvoir de décision, la "marge de manœuvre" font l'objet de négociations, d'ajustements permanents, où interviennent des facteurs collectifs et personnels. Dans l'interdépendance, la subordination, la complémentarité et les luttes, se jouent les changements, les équilibres momentanés, qui permettent que l'organisation continue à vivre et à agir.

Institution, organisation, métier, groupe professionnel, personnes : les discours qui concernent les liens de coopération au travail, les questionnements, se caractérisent par la récurrence de certains thèmes. Pour les professions paramédicales, l'**autonomie professionnelle** et l'**évaluation** appartiennent à ces thèmes. L'**autonomie professionnelle** apparaît souvent comme une revendication, sans que soit toujours bien précis le sens que l'on donne à ce mot. L'**évaluation** concerne le plus souvent la qualité des soins, l'outil de travail, voire les compétences personnelles. Nous chercherons à préciser le sens de ce terme appliqué au regard porté sur la pratique.

Ergothérapeute en réadaptation fonctionnelle, cadre intermédiaire, il me semble que pourrait exister un lien plus étroit entre l'injonction ou la revendication d'autonomie professionnelle d'une part, et d'autre part, le regard critique que le thérapeute en situation pourrait porter sur son propre exercice. Ne convient-il pas alors d'imaginer quelles seraient les conditions à créer pour que cette démarche trouve sens ? Partant des observations que nous faisons dans une organisation de soins en réadaptation, mais aussi des évolutions de cette profession en France, nous essaierons d'esquisser un **dispositif de facilitation** des processus de décision et d'action des professionnels dans l'exercice de leur propre rôle, un outil au service des thérapeutes. Nous aurons mis en contraste la situation vécue et la situation visée, celle-ci constituant un modèle empirique.

Après avoir énoncé ces propositions, je tenterai de les conforter par des références plus théoriques, des approches plus larges. J'utiliserai deux lectures croisées de la situation, selon deux axes complémentaires, **interpréter les comportements** des acteurs dans l'entreprise de soins, **rechercher une consolidation conceptuelle** des propositions pratiques énoncées.

2 . PROBLEMATIQUE PRATIQUE

L'observation sur le terrain, des "styles de pratique", permet de noter des attitudes contrastées, adoptées par les professionnels face aux situations de travail. Je choisis de souligner ici les difficultés rencontrées par les rééducateurs ergothérapeutes pour effectuer un travail "optimal" auprès de leurs patients, en pleine conscience de leurs possibilités et de leurs limites.

J'évoquerai les évolutions de ce métier dans son histoire au sein de notre système de santé. Pourquoi une situation de décision et de pratique professionnelle différente de celle que nous croyons avoir constatée devrait lui succéder ? C'est ce que j'essaierai d'avancer.

Comment envisager l'**auto-évaluation comme clé de l'autonomie professionnelle**, au centre d'un dispositif pratique et comme projet commun d'un groupe professionnel ?

2.1. - ERGOTHERAPIE : UN METIER UN PEU MARGINAL, EN VOIE D'ASSIMILATION

2.1.1. DES ORIGINES CONTRASTEES

Pour comprendre l'évolution d'un métier, il faut effectuer un bref détour à la recherche de ses sources, comme l'a fait M.C. Detraz¹. Historiquement, l'hôpital psychiatrique est le berceau de l'ergothérapie ou "activité thérapeutique"². En France, Pinel, le premier, promeut le traitement par le travail à la Salpêtrière et à Bicêtre. Aux Etats Unis, on développe ces techniques et l'approche globale de la personne, dans laquelle elles s'inscrivent dès les premières années du siècle présent.

La première guerre mondiale et ses cohortes de blessés suscitent de nouveaux besoins, et on instaure des programmes d'activités dans les hôpitaux militaires. Cette expansion de thérapies par l'activité en rééducation fonctionnelle précède de peu une recherche de reconnaissance et d'efficacité à travers un modèle émergent, dont les bases sont anatomopathologiques et neurophysiologiques. Les années cinquante voient le triomphe de ce modèle "réductionniste" et sont également celles où s'ouvrent en France, les premières écoles d'ergothérapie. L'ouverture des dernières écoles (il en existe huit à ce

¹ DETRAZ M.C. et coll. Ergothérapie éditions techniques. Encycl. Med. Chir. Paris, Kinésithérapie Rééducation Fonctionnelle, 26150 A10, 1992, 20 p.

² TOSQUELLES F. Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique. Ed. du Scarabée, Paris, 1967.

jour) coïncide avec la création d'un diplôme d'état (1970), mais aussi avec la remise en cause de ce seul modèle, dit biomédical, pour une approche plus systémique ³.

Ainsi, les bases d'un ancrage multiple et apparemment conflictuel se retrouvent dans les programmes de formation comme dans l'organisation des soins.

2.1.2. UN LARGE CHAMP D'INTERVENTION, DES TRAITEMENTS DE LA DEFICIENCE A LA LUTTE CONTRE LES DESAVANTAGES ⁴

Modelée par de nombreux facteurs, la définition d'un métier, c'est d'abord la réponse à des questions simples :

- ⇒ faire quoi ?
- ⇒ pour qui ?
- ⇒ comment ?

Dans sa brièveté, le décret fixant les conditions d'exercice en France de cette profession, en donne les grandes lignes et traduit assez bien ses objectifs ⁵ : "... contribuer au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelles des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle". Suit une énumération de familles d'actes, dont la définition reste assez lâche, et qui couvre un spectre étendu, de la "transformation d'un mouvement en geste fonctionnel" à "l'application de matériels d'aide technique et à des actions sur l'environnement".

2.1.3. DES TECHNIQUES MULTIPLES ET EN PLEINE EVOLUTION

L'homme en activité, comme source de sa propre transformation, voilà qui devait générer autant de techniques que de cultures, de milieux de vies, coïncidant avec les besoins de la pathologie de l'individu pris en charge. Les trois grandes familles d'activités outils empruntent à l'activité quotidienne, à l'activité artisanale, au jeu. Les programmes de formation initiale comportent toujours l'enseignement du tissage, de la poterie ou du travail du métal, comme celui des techniques plus proches des bases neurophysiologiques, telles que les techniques de facilitation sensitivomotrice du mouvement.

³ REED K. Models of practice in occupational therapy. William & Wilkins Ed. Baltimore, 1984.

⁴ C.T.N.E.R.H.I./I.N.S.E.R.M. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. P.U.F. Ed. Paris, 1988, 203 p.

⁵ Décret n° 86-1195 du 21 nov. 1986, fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.

En réadaptation fonctionnelle particulièrement, l'essor de moyens nouveaux, tels que la mise à disposition de prothèses de communication et de leurs supports informatiques, mais aussi les aménagements domotiques, les robots manipulateurs, les télécommandes à apprentissage personnalisé, exigent du thérapeute de s'adapter constamment pour mettre en œuvre des techniques parfois éloignées de la formation initiale. Ces exigences permanentes d'adaptation en termes de connaissances techniques mobilisent les efforts des professionnels de terrain sur l'outil pratique.

2.1.4. UN CERTAIN FLOU DANS LA DELIMITATION DES DOMAINES DE COMPETENCE

2.1.4.1. *L'absence de référentiels explicites et les difficultés de l'exercice pluridisciplinaire*

Les professions paramédicales, dans notre système de soins, bénéficient pour la plupart d'un exercice libéral, avec une nomenclature assez précise d'actes remboursables. Ce n'est à ce jour pas le cas pour les ergothérapeutes, qui doivent alors définir, au sein des équipes qui les emploient, la nature et le contenu de leur intervention, en cohérence avec le fonctionnement et bien sûr, la composition de cette équipe en professions représentées qualitativement et quantitativement. Un écueil de cette démarche consisterait à vouloir agir en complémentarité automatique, à pallier aux manques, à "sortir du cadre", à accepter de "faire fonction" quand se fait trop sentir la carence d'un autre métier. Faut-il accepter de "faire fonction de ..." par carence d'un autre métier ?

A l'opposé, certains professionnels, se référant à leur seule formation initiale, ignorant la nécessité d'un ajustement aux équipes, d'un nécessaire aménagement de leurs interventions, ne savent pas négocier leurs actes avec leurs partenaires professionnels.

2.1.4.2. *Une relative sous-représentation du métier dans la hiérarchie, et ses conséquences*

La loi du nombre, l'extension progressive de ce métier, expliquent que, bien souvent, les ergothérapeutes ont plus de difficultés à recourir à la filière hiérarchique pour réguler des difficultés de fonctionnement liées aux facteurs que nous avons énumérés. C'est ainsi que Richard ⁶ souligne, dans son enquête sur le devenir des ergothérapeutes moniteurs cadres formés entre 1983 et 1995, que quinze d'entre eux sur les quarante-huit ayant répondu à son enquête, n'ont pas changé de statut après leur diplôme. La négociation, le dialogue ne sont évidemment pas exclus dans un système de représentation hiérarchique par d'autres professionnels, mais on ne peut écarter l'idée qu'il y a là une difficulté de plus à surmonter.

⁶ RICHARD R. *Les cadres ergothérapeutes en 1996. Qui sont-ils ? Que font-ils ?* Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de cadres de santé en ergothérapie, Montpellier, 1996, 70 p.

2.1.5. LES EVOLUTIONS RECENTES : VERS UNE INTEGRATION

L'évolution du métier en France nuance les constats que nous venons de faire.

2.1.5.1. *Une prise de conscience, une ébauche de nomenclature*

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes représente les quelques trois mille cinq cents diplômés en exercice, dont un cinquième environ sont des adhérents directs. Dans le cadre d'une recherche liée aux démarches constitutives de propositions pour une base de donnée au Programme de Médicalisation du Système d'Information, elle a constitué et publié une nomenclature des prestations d'Ergothérapie⁷. Ce manuel propose un descriptif d'intervention plutôt que d'actes, assez précis cependant pour pouvoir servir de guide. Compatible avec le catalogue interprofessionnel d'actes constitué par la Mission P.M.S.I., il permet au professionnel d'élaborer plus précisément un projet qu'il ne pourrait faire tout seul. Il s'agit là d'un référentiel si on veut donner au mot le sens restrictif de guide technique. On retrouve d'ailleurs, dans les premières recherches destinées à décrire les attributions des ergothérapeutes en rééducation fonctionnelle, cette même préoccupation⁸. Ces démarches de "découpages d'actes" restent cependant fragmentaires, atomistes et ne trouvent un usage adapté que par une recherche de méthode, de définition des besoins du patient. C'est cet ensemble qui fait sens.

2.1.5.2. *Les écoles et l'évolution des programmes d'enseignement*

D'autre part, l'évolution de la profession vers le renforcement de son intégration dans les équipes se manifeste dans le contenu des études. En 1990, le programme des écoles⁹ cite ainsi comme objectifs du stage C : "la confrontation aux autres professionnels intervenant dans le tissu social et économique de la réadaptation et du maintien à domicile : la découverte de nouvelles techniques de soins ou d'approche du patient en relation avec l'environnement".

⁷ A.N.F.E. Prestations d'ergothérapie. Paris, 1995, 48 p.

⁸ C.R.A.M. de Normandie. Gestion des ressources humaines. Emploi ergothérapeute. 1994 (diffusion interne)

⁹ Arrêté ministériel du 28 sept. 1990, fixant le programme des études d'ergothérapie

2.1.5.3. *Les décrets de compétence*

Comme pour les autres métiers de la rééducation, les modifications régulières des décrets de compétence vont également dans le sens d'une élucidation des pratiques. Le décret de 1995 régissant la formation des cadres de santé¹⁰ porte ainsi le ferment d'une réflexion créatrice dans les objectifs énoncés : "... Etre capable de conduire l'analyse d'une situation de travail à travers des cadres conceptuels établis" (module 3 : analyse des pratiques initiation à la recherche). De même, la révision du décret de compétence en cours reflétera ces aspects d'une problématique professionnelle orientée vers un exercice plus autonome. Après avoir esquissé les évolutions d'un métier encore "neuf", ses caractères spécifiques et quelques éléments d'une relative banalisation dans le système de soins, nous allons décrire des attitudes professionnelles qui révéleraient en partie des difficultés pour les ergothérapeutes, à exercer de façon autonome leur art sur le terrain.

2.2. DU PLAN DU TRAITEMENT AU PROJET INSTITUTIONNEL : UN PASSAGE DIFFICILE

Des attitudes quotidiennes révélatrices

2.2.1. LE PROJET : PROPOSER POUR RECONSTRUIRE

Le mot projet se confond dans le langage courant et professionnel à ceux de programme, méthode, technique, dans une volonté affichée et généralisée de dépasser ce qui pourrait sembler routinier dans le travail de chacun. Le mot recouvre le désir de construire, jour après jour, une réalité nouvelle plus ambitieuse que la répétition de ce qui a déjà été fait ou produit. Le projet, c'est aussi la prise en compte du temps. Chacun de ces items se retrouve dans l'ambition annoncée de "construire un projet de vie" avec et pour le patient.

Une partie du travail de chaque professionnel est connue de l'ensemble de l'équipe. Il n'est pas nécessaire de rappeler à tout instant des protocoles de rééducation, dont l'essentiel se détermine par le tableau clinique que forment les déficiences affectant chaque personne. L'important ne se joue pas dans cette routine. En réalité, ces protocoles ne sont que des séquences. C'est dans leur articulation, et donc dans la création à plusieurs auteurs, que se jouerait vraiment le projet.

Ce qui caractérise le suivi de patients dont l'accident, la maladie modifient profondément toutes les orientations de vies voulues ou subies, c'est bien l'élaboration des "chaînages" de soins, puis de reconstruction, parmi lesquelles la personne soignée et son entourage auront à choisir. Il s'agit pour eux de bâtir un système conforme à ce qu'ils veulent, à ce qu'ils sont, à ce qu'ils peuvent. Choisir "parmi tous les possibles" dans un cadre limité par le système social et également environnemental qui est le leur,

¹⁰ Décret n° 96-926 du 18 août 1995, portant création du diplôme de cadre de santé, J.O. du 18 août 1995

cela demande du temps et aussi ce qu'on appelle le travail de deuil ¹¹, dans le langage courant des équipes de soins et de rééducation.

Tour à tour conseillers, soignants, éclaireurs, les membres de l'équipe soignante procèdent dans l'idéal par touches successives, souvent contrastées, voire opposées, où interfèrent leurs formations professionnelles complémentaires, donc différentes, mais aussi leur personnalité. Le pari est immense, car l'enjeu, c'est le devenir de la personne dont il s'agit ici et maintenant.

On attend donc des thérapeutes qu'ils puissent formuler de façon claire et précise, leur projet d'intervention auprès de chaque patient, selon ses besoins et en fonction de leurs compétences, de leurs capacités. Le flou relatif des interventions possibles, c'est la chance que peut saisir l'ergothérapeute sur le terrain. Il lui faut alors choisir, décrire, proposer et défendre un dispositif d'intervention pour un patient précis, à un moment donné. Ce dispositif, appelé "plan d'intervention", dont le patient est le sujet (et l'objet), doit trouver sa place dans un contexte élargi, dans l'articulation avec l'ensemble des interventions distinctes. Cette phrase musicale dans la partition, c'est une déclaration d'intention, aussi clairement formulée que possible.

2.2.2. LA PLURIDISCIPLINARITE AFFICHEE : UN PARAVENT ?

Or, malgré l'adhésion de principe ou de façade à l'idée que la formulation des plans d'intervention reste indispensable, la réalité des pratiques m'apparaît bien différente. Un certain "silence" sur les différentes interventions cache une absence de confrontation sur les principes et l'organisation des soins et des actions d'insertion. L'exercice de la pluridisciplinarité, souvent invoqué, rarement explicité, génère un "consensus mou", qui dispense chacun d'un effort soutenu dans l'élaboration des plans de traitement. Le recours à des références connues, identifiées, datées, recadrées dans un plan global, adapté aux besoins d'un individu ou d'une population, reste exceptionnel. Dans ces pratiques, il faut ici souligner un rôle particulier de la prescription médicale.

2.2.3. LE RAPPORT A LA PRESCRIPTION MEDICALE COMME REVELATEUR

2.2.3.1. *Un coordinateur obligatoire, le médecin rééducateur*

En centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, le médecin rééducateur est le prescripteur de l'activité de chaque membre de l'équipe, le coordinateur de l'ensemble de l'action de celle-ci. Le médecin se réfère aux protocoles de soins et de prise en charge reconnus par sa spécialité (réunions de

¹¹ d'ERCEVILLE D., FOURAGE M., BERTHELIN J.P. Le rééducateur face à l'annonce du handicap. A.F.I.G.A.P., Saint-Genis Laval, 1990.

consensus ¹²). Les conventions internes à l'équipe : relations entre les professions et les personnes qui la composent, modulent ces conventions de comportement général. La prescription médicale, au sens large, constitue ainsi la base, le point de référence des pratiques. Point de départ, ancrage initial, elle doit être interprétée. Cette interprétation, large ou restrictive, signe l'attitude du corps paramédical dans l'exercice de son propre rôle.

2.2.3.2. *Caractéristiques d'une profession paramédicale et ergothérapie : un rapport ambigu*

Freidson ¹³ a décrit les caractéristiques d'une profession paramédicale :

- ↳ connaissances des techniques dérivées des connaissances médicales,
- ↳ tâches déléguées,
- ↳ emplois "subordonnés".

Le travail des ergothérapeutes se trouve aux frontières de ces caractéristiques, au sens où il ne s'y retrouve qu'en partie.

L'aménagement d'un domicile, l'établissement et l'instrumentation d'un projet de vie dans les domaines de la vie familiale et sociale, la compensation gestuelle de l'incapacité pour faciliter la vie quotidienne, n'appartiennent pas aux actes délégués ou dérivés, et pourtant, l'ergothérapeute effectue ses actions sous le contrôle des prescripteurs.

Un certain nombre de tâches font totalement partie du domaine délégué et replacent l'ergothérapeute dans la situation décrite par Freidson. Le médecin prescrit, de façon détaillée, des actes exigeant des précisions techniques, leur application étant directement liée à une intervention proprement médicale (pose d'une orthèse ou d'une prothèse, par exemple), ou bien dans le paramétrage d'exercices mettant en jeu le pronostic de récupération fonctionnelle avec délimitation d'indications ou de contre-indications particulièrement délicates, comme c'est le cas du travail de reprise du mouvement avec une main récemment opérée. La demande écrite se substitue alors parfois à la prescription tacite, comme pour en souligner le caractère impératif de tâche déléguée.

La ligne de partage des actes me semble bien suivre celle qui séparerait les actes centrés sur la lutte contre la déficience et ceux qui visent à réduire l'incapacité, voire le désavantage, au sens de l'O.M.S. ¹⁴. Les imbrications quotidiennes constantes entre tâches déléguées et interventions libres, entre rôle propre et emploi subordonné créent ainsi un espace bipolaire, où s'exprime la capacité ou la difficulté qu'a le thérapeute à décider de son action, à prendre l'initiative. Quelles que soient les représentations que se font les thérapeutes de cette situation, il ne s'agit pas ici d'en rendre compte de façon complète, mais plutôt de pointer quelques comportements dans ce contexte de "lien flou". J'ai choisi d'en

¹² FERGUSON J. L'impact des conférences de consensus sur le développement de l'évaluation des technologies (dans Evaluation, Special Workshop), Paris, A.N.D.E.M., 1992.

¹³ FREIDSON E. La profession médicale. New York 1970, Ed. Fr. Payot, Paris, 1984, 360 p.

¹⁴ Classification internationale des handicaps. Op. cit.

décrire deux, comme modèles caractéristiques, comme révélateurs de la difficulté à poser un exercice professionnel autonome.

2.2.3.3. *La prescription médicale et les "bons esclaves"*

En l'absence d'une réglementation articulée dans son moindre détail, le bon usage attribue au médecin responsable d'une équipe de soins, le contrôle des initiatives ou des options prises dans le traitement de chaque patient, et donc des procédures admises par l'ensemble de l'équipe. Face à ces données de fait, les agents peuvent adopter des stratégies très contrastées.

Se limiter à la stricte exécution de ce qui a été demandé (de préférence par écrit), demander que soient consignés jusque dans le détail les actes requis en vue de tel ou tel objectif pour tel ou tel patient, se dénier volontairement toute initiative, c'est la stratégie de la réponse de l'esclave au maître, la "prescription, rien que la prescription" pourrait être la devise de ces thérapeutes en position de retrait.

2.2.3.4. *La prescription médicale, "carcan incommode"*

Donner sa place à la prescription médicale, c'est tout aussi difficile pour ceux qui, centrés sur leurs techniques comme seul référentiel, la vivent comme une contrainte réductrice et non comme une impulsion globale, destinée à recentrer les interventions des uns et des autres. "Agis" par leurs techniques, ils survalorisent les moyens de leur profession ou d'un aspect de celle-ci, et ne peuvent pas reconnaître la place et l'importance des traitements effectués par les autres membres de l'équipe, ni relativiser leur domaine propre. D'un point de vue collectif, on peut penser que se révèle ici, au cœur de l'équipe concrètement constituée, une intention propre à une profession donnée : délimiter un domaine d'exercice, un mode d'action qui lui seraient réservés. La revendication pour un diagnostic de soins infirmiers pourrait s'interpréter ainsi ; les autres professions suivent la même voie et beaucoup de comportements individuels le montrent.

Dans ces deux cas, le rapport établi par ces thérapeutes à la prescription ne fait que mettre en relief une difficulté à adapter des méthodes, des outils, des techniques, au profit d'un projet commun. Se penser comme un acteur dans une dynamique globale, se mettre soi-même en partition, proposer une action cohérente, en toute connaissance des limites imposées par la pratique et les interactions de l'ensemble des intervenants dans l'activité de rééducation, réadaptation : c'est le défi d'une conception de l'autonomie professionnelle peu rencontrée encore.

Sur plusieurs points, les changements en cours dans les organisations de soins mettent en question ces comportements.

2.2.4. LE PROJET D'ETABLISSEMENT : UN SLOGAN ?

Dans une situation où les thérapeutes ont difficulté à élaborer leur propre projet professionnel, à avoir une représentation claire de leur apport spécifique et à l'exprimer, quel sens peut revêtir pour eux, le "projet d'établissement" ?

A supposer que celui-ci soit formulé et décliné de façon claire, quelle traduction pourrait-elle être faite par chacun, si chaque thérapeute se confronte à ses difficultés propres à identifier un projet personnel. Il y a donc une double erreur possible :

- ⇒ du côté des dirigeants de l'organisation, bâtir une construction théorique sur un mode descendant, chaque sous-projet n'étant que la déclinaison d'un projet tout fait en haut ("Qui t'a fait comte ? Qui t'a fait roi ?"),
- ⇒ du côté du soignant, méconnaître l'existence des directives en même temps que sa capacité à les enrichir, à les critiquer, à se les approprier en tant que professionnel.

Ces jonctions, ces interactions me paraissent absentes du débat, et le projet d'entreprise, comme le projet institutionnel qui le porte, reste au niveau du slogan. L'écart, ici, est celui qui sépare l'agent de l'acteur. Dans cet écart, se constitue un espace de mise en travail, de nécessaire questionnement.

2.3. LE CONTEXTE GENERAL, SES CONSEQUENCES

2.3.1. LA TECHNIQUE, LE TRAVAIL EN MIETTES, DES STIMULANTS INATTENDUS

L'accélération des exigences concernant la prise en charge des personnes gravement lésées suscite, en rééducation fonctionnelle, une multiplication des actes médicaux, un recours accru à l'outil technologique. C'est ainsi qu'en vingt ans, les stratégies de soins dispensés aux paraplégiques et tétraplégiques ont changé. La conservation des fonctions urinaires, la chirurgie réparatrice du handicap, passent au premier plan dans les préoccupations de l'équipe de soins. Parallèlement, les durées de séjour diminuent pour motif économique. Les paramédicaux rééducateurs se voient alors plus sollicités par des actes techniques, des interventions plus morcelées, et ont un peu plus de mal encore à mettre en œuvre leurs propres stratégies rééducatives. Ne peut-on y voir une incitation à élaborer plus en détail leur exercice, à rechercher leurs références pratiques et théoriques explicites, au delà des attitudes réactionnelles ? D'autre part, le développement des stratégies de prise en charge de certaines populations à besoins multiples (traumatisés crâniens, par exemple) stimule un questionnement qui ne soit pas exclusivement technologique ¹⁵. Leurs déficiences physiques, mêlées à leurs déficiences cognitives, à des difficultés psychologiques et sociales majeures jettent à bas l'édifice soigneusement élaboré par les institutions d'une prise en charge multiple et cloisonnée. Leur traitement requiert des dispositifs de compréhension large où l'intervention s'adresse autant à la famille ou à l'environnement social

¹⁵ BELIO C., DESTAILLATS J.M. Pour un changement de paradigme en ergothérapie, à propos de la prise en charge des traumatisés crâniens. in Expériences en ergothérapie, 6^{ème} série, 1993, Masson Ed. Paris, p. 20 à 28

qu'à la personne proprement dite. Le viol du temps est impossible. Ils ont fait éclater un modèle simplificateur.

2.3.2. LES ACTES P.M.S.I. : UN FACTEUR D'ELUCIDATION

Parallèlement à ces évolutions des traitements provoquées par les changements de types de déficiences rencontrées et une offre de soins changeante, se font sentir les efforts d'une approche classificatrice des actes. Le classement des actes P.M.S.I., progressivement mis en œuvre depuis 1992 en ce qui concerne les soins de suite et réadaptation ¹⁶, intervient comme un langage commun, comme un facteur de clarification des interventions au sein des équipes de soins. La "multidisciplinarité au ventre mou" pourrait trouver là un antidote.

Cette procédure donne réponse à l'exigence d'explication des démarches, bien exprimée par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes ¹⁷ : "... Il y a lieu d'établir la distinction entre l'approche pluridisciplinaire et l'approche interdisciplinaire. Dans le premier cas, chaque discipline intervient individuellement auprès du client, ce qui se traduit par un manque de coordination ; dans le deuxième cas, par contre, des tâches précises sont clairement attribuées à des membres particuliers de l'équipe, qui peuvent à leur tour solliciter au besoin l'aide d'autres membres. Cette approche permet une mise en valeur maximale des compétences de chaque membre selon les besoins du client ... Afin de fonctionner de façon efficace dans l'équipe, l'ergothérapeute doit agir avec confiance dans son propre rôle et reconnaître la valeur du rôle des autres. Il est essentiel d'être toujours conscient des aspects de son comportement qui peuvent affecter l'équipe, tels que son système de valeurs, son groupe de référence, sa base de connaissance et son image de soi". Ici, la procédure incite à la négociation entre intervenants. Cette négociation peut mettre en travail les actes de chacun à partir de la définition des actes, sans que cela ne paraisse cependant suffisant.

2.3.3. L'ACCREDITATION, UNE PROCEDURE VERS UN PROCESSUS ?

C'est vers 1950 qu'apparaît le concept de l'assurance qualité dans l'industrie, avec la cohorte des normes I.S.O. ¹⁸. Le poids des procédures que suscite leur mise en œuvre ne s'accommode pas toujours avec les contraintes du travail "médico-social". Pourtant, on verra progressivement se mettre en place les éléments d'une évaluation de la qualité des soins. Au Canada, dans les années soixante-dix, chaque profession inclut dans ses recommandations internes, l'évaluation des programmes de soins ¹⁹. En France, la pression réglementaire se précise, depuis 1991 jusqu'aux ordonnances de 1996, et la

¹⁶ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Actes de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (document de travail) A.N.F.E. Ed. Paris, 1995, 48 p.

¹⁷ Ministère et Bien-Etre Social du Canada. Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client. Ottawa, 1996, 75 p.

¹⁸ FROMAN B. Le manuel qualité. A.F.N.O.R. Paris, 1994, 171 p.

¹⁹ Ministère Santé et Bien-Etre du Canada. Op. cit.

création de l'A.N.A.E.S.²⁰. Les premières démarches d'assurance qualité concernent des protocoles infirmiers ou médicaux dans des situations à risques (réanimation cardiaque, traitements médicamenteux délicats, par exemple)²¹. Progressivement, l'ensemble des organisations du système de soins s'intéresse à cette démarche²². Aussi, nulle profession ne peut rester étrangère à une recherche qualitative dont les outils seraient adaptés à son exercice. Chacune d'entre elles se doit de participer à l'élaboration de ses propres critères.

La procédure d'accréditation, dont les textes d'application ne sont pas encore parus à ce jour (septembre 1997), peut catalyser une vraie démarche d'analyse des pratiques, créer les conditions d'un examen critique de son propre exercice. Ne serait-ce pas là un élément pour un modèle pratique d'exercice autonome ? C'est, je crois, pour indiquer une interprétation large de l'usage que nous devrions faire de cette procédure, qu'Eymard-Simonian écrit : "L'accréditation s'appuierait sur une évaluation des prestations, nous dit-on. Mais, à quel modèle de l'évaluation se réfère-t-on ? Est-on dans un modèle de l'évaluation à régulation cybernétique ou dans un modèle plus systémique ? Quelle place est laissée à la complexité du travail hospitalier ? L'accréditation s'appuiera sur un référentiel : l'intérêt du référentiel est-il dans son application stricto sensu ou dans la création de différentiels ?"²³. On peut donc voir, dans la procédure d'accréditation, un stimulant utile, nécessaire. Seules, l'anticipation et l'appropriation par les professionnels lui donnent sens. Les questions posées par C. Eymard-Simonian soulignent cependant le danger qu'il y aurait à se laisser enfermer dans une procédure appliquée à la lettre. Seules, l'anticipation et la critique pourraient éviter cet assujettissement, remède plus grave que le mal.

J'ai souligné les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes pour construire un projet, pour et avec chaque patient, puis un projet professionnel qui soit propre à chacun, pour finir par se situer en tant qu'auteur partie prenante du projet organisationnel.

"Faites des projets !" : l'injonction crée la même contrainte paradoxale que le "soyez naturel !" de Don Jackson²⁴. Pourtant, accréditation à venir ou pression déjà présente des agences régionales hospitalières sur les organisations, l'obligation de formuler les projets d'établissement de façon plus précise permettra peut-être, par ses effets, que chaque service, chaque acteur en interprète plus facilement les axes au niveau qui est le sien.

²⁰ A.N.D.E.M. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris, 1994, 69 p.

²¹ A.N.D.E.M. Op. cit.

²² JOING J.L. L'audit de la qualité dans les établissements médico-sociaux. Privat Ed. Toulouse, 1993, 117 p.

²³ EYMARD-SIMONIAN C. Evaluation et accréditation. in Résumé pour le colloque Les interactions dans les processus d'évaluation et de formation. Hommage à Michèle Genthon. Lambesc, 22 et 23 mai 1997.

²⁴ Cité p. 49 par WINKIN Y. La nouvelle communication. Le Seuil Ed. 372 p.

2.4. AUTONOMIE ET EVALUATION : QUEL SENS EMPIRIQUE ?

2.4.1. AUTONOMIE PROFESSIONNELLE : UNE REVENDICATION INCERTAINE

L'ergothérapie vise l'amélioration de l'indépendance (capacité à faire seul) et de l'autonomie (capacité à se diriger seul) du patient ²⁵. Nous pourrions supposer que cet axe de travail susciterait un retour vers soi du thérapeute pour interroger ses propres facultés professionnelles et personnelles. Pourtant, cette remise en cause reste, soit bien cachée, soit exceptionnelle, et les débats internes portent plus sur la difficulté du corps professionnel à émerger au sein des organisations ou du système de soins que sur la capacité des thérapeutes à œuvrer comme auteurs. On trouve cependant, dans le document C.R.A.M. déjà cité ²⁶, une approche pratique de l'autonomie : "... indication d'autonomie : le thérapeute prend en charge un patient à partir d'une prescription médicale. Le thérapeute dispose d'une autonomie suffisante quant à l'activité choisie à mettre en œuvre. Cependant, la participation des autres membres de l'équipe peut amener le thérapeute à adapter sa rééducation". Ce document cependant provient des services centraux de ressources humaines de l'organisation et la formulation, remarquablement neutre, indique bien la difficulté, pour un tiers, à déterminer l'autonomie. Nous ne voyons pas ici de démarche autonome, mais seulement la liberté concédée de choisir des moyens. L'autonomie professionnelle m'apparaît, à ce stade du raisonnement, comme une capacité individuelle, personnelle de prise d'initiative, de formulation, d'exécution, d'amélioration d'un projet thérapeutique adapté au patient, et des démarches qui l'accompagnent, dans le respect et en complémentarité de l'action collective. Cette dimension (l'autonomie) qualifierait ainsi le comportement du thérapeute, et en tant que personne, et en tant que professionnel. Elle concerne au moins trois espaces relationnels :

- ⇒ le lien avec le patient,
- ⇒ le lien avec les autres ergothérapeutes,
- ⇒ le lien avec l'ensemble de l'équipe et de l'organisation.

2.4.2. EVALUATION : LE LIEN HIERARCHIQUE

Si le contexte général se prête bien à une élaboration des projets, leur régulation nécessite une évaluation.

Derrière les mots, se cachent pourtant bien des malentendus difficiles à lever. Les entretiens d'évaluation ou entretiens d'appréciation commencent à rentrer dans les pratiques des organisations de soins.

²⁵ TURLAN N. Autonomie : un concept-clé pour l'ergothérapie ? Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé, mention ergothérapie, Montpellier, 1997

²⁶ C.R.A.M. de Normandie. Op. cit. chapitre 3, Champ et limites d'intervention (cf annexe)

Dans l'enquête de R. Richard ²⁷, la moitié des ergothérapeutes cadres de santé ayant un statut hiérarchique dans leur organisation disent pratiquer l'entretien annuel d'évaluation. Cet outil, très inégalement employé, peut être considéré comme l'étincelle qui introduirait un processus de questionnement au delà des performances réelles ou supposées d'un salarié. Pourtant, le poids du passé, les routines, les représentations archaïques provoquent, chez beaucoup de salariés, un réflexe de défense. La note sanction n'est pas loin. Lorsque nous avons tenté, mes collègues en tant qu'ergothérapeutes et moi-même en tant que leur responsable hiérarchique, de bâtir un schéma d'entretien annuel, plusieurs ont voulu substituer à l'intitulé de la démarche "entretien annuel d'évaluation", celui d'"entretien annuel d'activité". Le terme évaluation semble donc réservé, dans l'usage qui en est fait au sein de mon organisation, à l'appréciation des personnels, alors même que, ni la notation, ni l'entretien lui-même, ne sont en aucune manière institués officiellement dans l'établissement. Evaluation signifie ici, pour les agents, contrôle, vérification, surveillance, selon les termes employés par Ardoino dans son glossaire de **Management ou commandement** ²⁸. Ce terme doit donc être redéfini et promu.

2.4.3. AUTO-CRITIQUE, EXAMEN DE CONSCIENCE ET AUTO-EVALUATION

Le vocabulaire, pris dans son sens courant, reste fortement connoté par assimilation, bien au delà des intentions de ceux qui l'utilisent dans un sens plus précis. Pour mieux comprendre ce que pourrait véhiculer par contagion le terme d'auto-évaluation, il me semble utile d'évoquer l'**autocritique** et l'**examen de conscience**.

L'**autocritique** est une procédure de violence totalitaire. Un coupable dominé est désigné par des dénonciateurs dominants. Ses fautes sont dénoncées sans preuve, mais le système exige de lui des aveux détaillés. Dans ce rapport bourreau/victime, il y a fautes indiscutées. "Autocritique : analyse critique publique de son propre comportement politique dans les régimes d'inspiration marxiste. Par extension : aveu de ses torts" ²⁹. L'Inquisition savait aussi arracher de tels aveux, et la pratique n'a pas cessé avec quelques régimes politiques. On pourrait supposer que nos rapports interindividuels souffrent de tels scénarii, à une échelle moins spectaculaire.

L'**examen de conscience** est une pratique intérieure de recherche de défaut : "... l'examen de conscience, aux alentours du XVI^{ème} siècle, est devenu l'examen particulier ... Dans cette forme d'examen de conscience, il s'agit de se concentrer pendant un certain temps sur un seul défaut à combattre, sur une seule vertu à acquérir et de réfléchir sur les moyens d'y parvenir" ³⁰.

Ainsi, pressentons-nous que l'usage du terme "auto-évaluation" nécessite quelques précautions pour lever ces "hypothèques sur le sens". L'auto-évaluation, comme mise en travail, par soi-même, de soi-

²⁷ RICHARD R. Op. cit., p. 56.

²⁸ ARDOINO J. Management ou commandement. A.N.D.S.H.A. Ed. Paris, 1970, 242 p.

²⁹ Dictionnaire encyclopédique de la langue française. Hachette Ed. 1993.

³⁰ Théo, nouvelle encyclopédie catholique. Droguet Ardant Fayard Ed. 1989

même en activité reste un concept nouveau dans notre contexte professionnel. Le mot, peut-être déjà un peu stigmatisé, mérite quelques éclaircissements.

2.4.4. UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE L'AUTO-EVALUATION

Evaluer les pratiques de l'ensemble des partenaires dans l'établissement, selon les critères d'efficacité et en lien avec les attributions de l'organisation, c'est ce qui permet à chaque partenaire de s'y retrouver sans se sentir visé, jugé. L'auto-évaluation conduit donc à s'interroger sur la validité et la qualité de sa propre activité comme thérapeute. Cette évaluation, du domaine d'une estimation, d'une confrontation, d'une comparaison avec un mieux faire, un idéal reste cependant contextualisée. Elle vise le processus interne de décision des plans de traitement qu'elle aide à justifier, elle vise également le produit, c'est-à-dire les effets du soin. Cette auto-évaluation, qui exclut en partie le tiers, exige cependant confrontation et aide externe.

2.4.5. LE CADRE : CONTROLEUR, EVALUATEUR OU BEQUIL-LE ?

Or, le tiers, ne serait-ce pas le cadre, dont une des attributions traditionnelles est l'appréciation de ses subordonnés ? Caspar et Millet ³¹ suggèrent une acception plus large de cette procédure d'appréciation : "L'acte d'appréciation appartient à l'encadrement et ne saurait être délégué : mais, il paraît tout aussi important que, dans le cadre d'organisations plus souples et moins hiérarchiques, l'appréciateur soit capable d'organiser une collecte d'informations plus ouverte et demande l'avis de cadres professionnels de sa propre hiérarchie, de clients, des collaborateurs ou des collègues".

Quelle place prendrait alors le cadre dans l'auto-évaluation ? Si on écrit que : "c'est seulement lorsqu'on fait le deuil du contrôle que l'évaluation peut émerger" ³², nous pouvons imaginer qu'à cette "collecte d'informations", succéderait une recherche commune de repères entre cadre et thérapeute. Une approche individuelle de son propre travail ne peut en effet se passer de modèles de lecture et d'interprétation communes aux différents partenaires. La réflexion personnelle se nourrit de conceptions partagées qui la légitiment. Ainsi, le cadre peut proposer aux professionnels de l'équipe, un "objet" commun, qui permettrait à chacun d'eux de légitimer, pour lui-même, son exercice en conformité avec les objectifs de l'organisation. Le cadre serait, ici, "utilisé", sans rien renier des responsabilités qui sont les siennes.

³¹ CASPAR P., MILLET J.C. Apprécier et valoriser les hommes : réflexions et pratiques. Liaisons Ed. Paris, 1993, 285 p.

³² HARVOIS Y. Le contrôle, cet obscur objet du désir. Pour n° 107, 1987

2.5. EBAUCHE D'UN DISPOSITIF

2.5.1. LE "COMPLEXE D'ATHENA" ET LA RECHERCHE DE SYSTEMES DE REFERENCES

G. Lerbet, dans son **Essai sur le complexe d'Athéna**³³, écrit : "... j'ai posé l'hypothèse que les personnes qui échouent sont incapables d'assumer suffisamment leur vécu pour l'étudier avec rigueur et en dégager un champ conceptuel autonome ... J'ai nommé cette inhibition, le complexe d'Athéna, puisqu'à l'image de la fille de Zeus, sortie toute armée et finie de la tête de son père, ces personnes se feraient une image finie et inaccessible du savoir, donné a priori externe et ainsi conçu lorsque la règle prime sur le vécu au point de le dévaloriser et d'en estomper l'importance". Cette timidité face au savoir des autres, objet inaccessible, évoquée par Lerbet à propos d'étudiants en cours de recherche-action, se retrouve dans la difficulté qu'ont beaucoup de thérapeutes à concevoir une articulation utile entre pratiques de soins et concepts.

Le mot référentiel s'emploie exclusivement pour désigner un ensemble d'actes exercés par la profession au sens de référentiel de compétences. Le référentiel d'actes, le référentiel de compétences codifiées, pour les acteurs et leurs partenaires, l'autorisation ou la protection du faire. Ils mettent en listes des types d'interventions. Ils sont des données de fait. Il s'agit bien de référentiels, mais ils ne suscitent aucune démarche de référentialisation, c'est-à-dire explicitation de ses propres références. Le référentiel d'actes, le référentiel de compétences appartiennent au domaine de l'instrumentation technique. Utiles, indispensables, ils ne le sont cependant que comme la brique pour l'architecte et le maçon : un élément pour une conception d'ensemble qui nécessite un plan, une **articulation**. J'emprunte ici à Figari³⁴ ses développements sur les différents niveaux de référentiels : "... ou bien le système de références est perçu comme fixé une fois pour toutes, généralisable et normatif, comparable, toutes proportions gardées, au programme scolaire et à sa fonction d'encadrement, ou bien la notion de référentiel demeure fidèle au sémantème commun à référent, référé, etc : dans ce cas, la notion reste large, n'indique nullement un choix (on peut se référer à tel ou tel élément). Mais, il est clair que la notion ainsi comprise suggère d'expliciter ce choix, ou plus exactement, d'indiquer le lien entre ce choix et l'objet qu'il s'agit ainsi de situer" (p. 44).

Un besoin confus d'élaboration conceptuelle se fait pourtant sentir, notamment dans les nécessaires négociations avec les partenaires de soins. Les concepts d'activité dirigée³⁵, de mise en situation concrète, d'observation écologique ne s'accommodent pas toujours avec la représentation atomiste du soin, souvent dominante. La pratique en la matière précède de loin les constructions de modèles. Les

³³ LERBET G. in *Archives de Sciences Sociales, de la Coopération et du Développement*. Collège coopératif, Paris, n° 51, mars 1980.

³⁴ FIGARI G. *Evaluer : quel référentiel ?* De Boeck Université Ed. Bruxelles, 1995, 192 p.

ergothérapeutes ont alors du mal à justifier leur démarche. Or, la justification de ce que je fais au présent, dans la prise en charge thérapeutique, peut être un des objectifs de l'évaluation. Pour G. Berger³⁶, l'évaluation a trois grands objectifs au minimum :

- ⇒ la connaissance de ce qui se passe, de ce qui s'est passé,
- ⇒ la prise de décision (aide à l'action),
- ⇒ la justification de ce que je fais.

Les responsables de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes dispensent depuis cette année aux professionnels, un enseignement sur les modèles pratiques et théoriques dans la conception des soins³⁷. Cette réponse à un besoin de recours à une modélisation théorique pourrait être un des éléments de référence du thérapeute en action. Le recours aux plans de l'un ou l'autre architecte donne un sens différent à l'utilisation du matériau de construction. De même, le recours à l'un ou à l'autre des modèles théoriques donne sens à l'activité outil thérapeutique. L'ensemble de ces moyens pourrait s'apparenter à une boîte à outils virtuelle, où les mêmes moyens matériels disponibles seraient mis en œuvre selon des modalités très différentes.

2.5.2. LA BOITE A OUTILS : MODE D'EMPLOI

Cette expression, empruntée à une collègue enseignante, va bien à notre profession, qui utilise des outils manuels dans tous ses actes. La boîte à outils dont nous parlons, c'est plus que la caisse de clés à molettes et autres voltmètres. L'analogie avec d'autres métiers permet de s'en faire une image. Pour répondre à une demande, un documentaliste la confronte d'abord avec les ressources disponibles : quelles recherches doit-il effectuer ? Dans quelles disciplines ? Quelles écoles ? L'essentiel du travail de préparation, c'est bien l'ajustement demande, commande et possibilités, qui chemine ainsi dans les représentations du professionnel, avec tous ses savoirs, ses savoir-faire mobilisés en peu d'instant. Les ressources matérielles : bibliothèque, microfiches, banques de données, les contraintes de temps, la nature du contrat qui lie son organisation au client interviennent dans son processus de décision, avec plus ou moins de force selon ses priorités (son échelle de valeur ?). La boîte à outils, c'est un ensemble de référentiels pratiques et théoriques, c'est un champ de représentations où prennent place :

- ⇒ les principes et les savoirs issus de la formation,
- ⇒ les savoirs propres à l'organisation,
- ⇒ les aspects réglementaires et les référentiels de compétence,
- ⇒ les règles du jeu social établies dans l'organisation et dans le service, dans l'équipe pluridisciplinaire et entre pairs,
- ⇒ les moyens matériels et humains disponibles,
- ⇒ les projets de l'entreprise, du service, individuels,
- ⇒ la connaissance des valeurs et des missions de l'organisation,
- ⇒ les composantes personnelles, les références pratiques et théoriques choisies par le thérapeute.

³⁵ FERLAND F. Le modèle ludique (le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie). Presses de l'Université de Montréal, Ed. Montréal, 1994, 114 p.

³⁶ BERGER G. Evaluation des politiques publiques. Cours D.E.S.S. Paris, avril 1997 (notes de cours)

³⁷ ORVOINE C. Modèles de soins en ergothérapie. Journées de formation continue, 1996-97, I.F.E.R., 50 p. (non éd.)

Le bon usage de la boîte à outils, c'est un processus caché qui, seul, donne sens à la boîte elle-même. C'est dans l'intervalle que se construit le projet, dans l'articulation de chaque élément, avec le tout, avec la conscience des interactions nécessaires ou inévitables, renouvelées à chaque instant, à chaque patient. Au delà de la métaphore, la boîte à outils appelle quelques remarques.

2.5.3. AUTONOMIE ET AUTO-EVALUATION : UN IDEAL

"Connais-toi toi-même" : la devise socratique n'a nul besoin d'être gravée au fronton d'un monument pour garder sa force, y compris au sens professionnel. Dans notre dispositif, la capacité à explorer, à développer, à exploiter toutes les composantes de la boîte à outils, c'est bien cela que l'on peut appeler l'autonomie professionnelle. Cette faculté ne serait rien si n'étaient pas, à chaque moment, pris en considération des exigences de l'action, le réel. L'ergothérapeute n'a plus à répondre aux questions, mais à se les poser lui-même. Qui suis-je professionnellement ? Qu'est-ce que je crois ? Quelles sont mes limites ? Comment mets-je en œuvre cet ensemble au service des patients, dans le cadre qui est le nôtre ? L'auto-évaluation, dans un système idéal, je ne la vois pas comme l'application servile de grilles d'appréciation préétablies et externes, mais au contraire, comme la régulation constante, volontaire, personnelle, d'un exercice au service du patient. Auto-évaluation et autonomie forment ainsi un tout indissociable.

2.5.4. SITUATION VECUE, SITUATION VISEE...

L'émergence inachevée de la profession, l'absence relative de référentiels, les ambivalences dans le statut de profession paramédicale peuvent expliquer la difficulté de l'ergothérapeute à créer lui-même les conditions d'un exercice autonome. La proposition d'un dispositif mental dans une démarche de changement resterait cependant lettre morte en l'absence de concepts plus clairs. Le contenu de la boîte à outils, que ce soit au niveau pratique, au niveau des techniques, au niveau réglementaire ou même au niveau des approches, est connu dans chacune de ses composantes par les ergothérapeutes. Pourtant, l'utilisation de cette boîte à outils, comme contenant d'un ensemble et à un plus fort degré, la mise en relation de ces éléments, la représentation des interactions possibles, la possibilité de choix successifs considérés comme contradictoires ne rentrent pas dans les représentations habituelles. La réduction de l'écart entre une situation idéale et les constats passe par un changement des représentations que les acteurs ont de leur métier et de leur statut, donc aussi de leur dynamique.

3 . PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Le changement des représentations du thérapeute en projet mobilise son attention sur ses propres attitudes, sur celles de son groupe professionnel. Ce primum movens d'une appropriation critique des supports théoriques ne peut se faire que par un regard neuf sur lui-même. Nous proposons ici aux acteurs, en préliminaire, un décryptage des comportements relevés dans la première partie, à la lumière de concepts issus de l'analyse stratégique. L'autonomie professionnelle et la conception d'une auto-évaluation maîtrisée, qui serait son corollaire, me semblent devoir se démarquer de façon sensible des enjeux de pouvoir entre acteurs sociaux. Décrire, c'est libérer, et la critique du modèle suscite le questionnement.

Au delà du constat, l'articulation en actes entre auto-évaluation et autonomie, il nous faut la bâtir et l'étayer. Notre parcours emprunte ici de nombreuses pistes tracées par des auteurs d'origines diverses, mais unis par leurs thématiques. On pourrait dire, par analogie, "le Collège invisible" de Lambesc, selon la métaphore de Winkin ³⁸, même si la plupart de ces auteurs se retrouvent bien au sein d'un pôle institutionnel.

3.1. L'ACTEUR FACE A LUI-MEME COMME PREALABLE

Le miroir des comportements

Nous revenons maintenant sur les comportements que nous avons évoqués dans la première partie de cet écrit. Nous reprendrons à notre compte, l'intention énoncée par Crozier : "Pourtant, l'apprentissage de nouveaux jeux doit passer d'abord, nous semble-t-il, par la reconnaissance par chacun de sa liberté et de sa capacité à jouer autrement que selon les stratégies routinières dans lesquelles il se croit enlisé. Or, pour difficile qu'elle soit, cette reconnaissance de liberté et de capacité nous est apparue beaucoup plus facile à évoquer et à mobiliser que nous n'avions cru" ³⁹. En effet, pour moi, pouvoir lire dans l'organisation les différentes stratégies concernant les enjeux de pouvoir, les sources de pouvoir, reconnaître les jeux d'acteurs autour de la maîtrise des zones d'incertitude, c'est aussi pouvoir changer ses comportements. Il ne s'agit pas de sortir définitivement des jeux d'acteurs dont l'existence est une donnée de fait, mais de les reconnaître, et en même temps, reconnaître qu'ils ne sont pas les seuls objets possibles des relations de travail. Se connaître comme acteur offre en partie la possibilité de devenir auteur d'une pratique. Il s'agit, par l'explication, de faire place à ...

³⁸ FAGES J.B. Le collège invisible. Sc. Humaines, n° 4, mars 1991, p. 21 à 27.

³⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système. Paris, Le Seuil Ed. 1977, p. 413

3.1.1. LES STRATEGIES D'ACTEURS : UNE INTERPRETATION

3.1.1.1. *Le silence comme trêve*

Nous avons évoqué le flou d'une certaine pluridisciplinarité dans l'exercice de l'équipe paramédicale. La seule logique voudrait en effet que les interventions des uns et des autres soient discutées et organisées dans le détail. Le relatif silence qui règne au contraire dans l'organisation du soin peut s'interpréter comme une zone d'ombre, d'incertitude voulue par chacun des partenaires concurrents. Si chacun de ces partenaires concurrents, ici les rééducateurs paramédicaux, cherche à protéger une zone de pouvoir en termes de compétence, de contrôle de la technicité, il cherchera à éviter que ne soient discutées sur "la place publique", les zones de compétence qu'il croit maîtriser. Il y a bien un consensus objectif de la pluridisciplinarité silencieuse. Parallèlement, chacun développera des stratégies d'extension de son propre domaine en dehors du débat, en dehors de l'équipe pluridisciplinaire. L'exercice multiple va donc trouver des ajustements et des limites en dehors du cercle de l'équipe de soins qui doit aussi continuer à fonctionner de façon acceptable. De même, le médecin, hiérarchique de fait, n'a pas intérêt à tenter de lever ce flou qu'il ne peut pas ne pas constater. Il y perdrait également en zone d'incertitude contrôlée par lui, sur ce qu'il peut ou ne peut pas exiger de chacun. Le "travail d'équipe", poncif de nos organisations, se voit battu en brèche dans ce point d'équilibre stratégique lorsque chacun des partenaires va choisir l'accord de façade dans une économie de conflit et tenter de contrôler des zones de pouvoir hors du cercle formel des équipes instituées. Les stratégies rééducatives ne se discutent pas vraiment autour des dossiers, alors que, parallèlement, chacun met en place les conditions pour obtenir le monopole concret de familles d'interventions.

3.1.1.2. *La bruyante revendication des compétences techniques*

Lorsque succède au silence trêve, la bruyante revendication de reconnaissance par la promotion d'une technique, les enjeux n'ont pas changé. Il s'agit bien de délimiter une zone de monopole de compétence soustraite au contrôle du reste de l'équipe et donc de la prescription médicale. Nous ne dirons rien sur l'efficacité de cette stratégie.

3.1.1.3. *Le dos au mur ou la puissance de l'esclave*

Comme le cheminot gréviste aux mains liées de Schelling⁴⁰, le jeu de pouvoir prend la forme paradoxale de la prévisibilité maximale du comportement lorsque le paramédical demande une prescription formelle. C'est le renversement de la règle ou le changement de champ. La demande médicale formulée dans une logique de coopération se voit opposer le champ réglementaire inattendu, oublié,

⁴⁰ Op. cit., p. 70.

incongru dans l'instant. La grève du zèle, c'est la règle contre la règle, le formalisme au secours d'un acteur impuissant à mettre en jeu d'autres sources de pouvoir et de négociation. Il s'agit bien de changer la nature du jeu, de déplacer l'enjeu, la zone d'incertitude.

3.1.2. L'ABSENCE DE MONOPOLE PROFESSIONNEL COMME CHANCE

Nous avons invoqué les concepts de maîtrise des zones d'incertitude et les stratégies de conquête pour un monopole d'exercice professionnel comme moteurs du comportement des acteurs. Cette interprétation de type spatial, de stratégie en découpage de territoires, peut être complétée par une vision plus temporelle des changements dans l'entreprise d'aujourd'hui. Les stratégies d'acteurs ne s'articulent plus seulement autour des luttes territoriales, mais doivent intégrer à minima les rapides changements organisationnels et technologiques. L'histoire de l'ergothérapie en France, telle que nous l'avons esquissée, comporte comme constante la revendication d'une intégration institutionnelle, c'est-à-dire le passage du métier à la profession : "Une profession est un métier qui a obtenu que ses praticiens disposent d'un monopole sur des activités qu'il implique et d'une place dans la division du travail qui les empêche d'avoir affaire à l'autorité du profane dans l'exercice de leur travail" ⁴¹. Paradoxalement, cette conquête inachevée et toujours poursuivie d'un monopole professionnel pourrait entraver ce qui, par ailleurs, donne avantage à certains groupes sociaux novateurs dans l'organisation. Leur absence de monopole les expose en permanence aux rappels à l'ordre par les autres professionnels. Cette même absence de monopole leur donne aussi toute latitude d'entreprendre. En formule plus guerrière, on pourrait dire que leur énergie ne se perd plus dans la guerre de position, mais se dépense dans le mouvement. N. Alter décrit ce processus qui permet aux "nouveaux professionnels d'innover dans l'entreprise conçue comme un lieu de désordre créateur" ⁴². Ces deux mouvements complémentaires, "boucle conservatrice de sens" et "boucle créatrice", rentrent dans le champ professionnel, dont ils deviennent constitutifs.

3.2. DE L'ACTEUR A L'AUTEUR

"Le collègue invisible" de Lambesc ⁴³

L'interprétation des jeux d'acteurs reste pertinente dans tous les cas. Cependant, elle ne saurait satisfaire à un désir au moins aussi fort, à une visée (Ardoino) : l'autonomie dans la singularité d'un individu qui n'est pas réductible à l'acteur : "un thérapeute qui se chercherait", comme l'évoque C. Eymard-Simonian à propos de ses premières années d'infirmière en hôpital ⁴⁴. Elle soulignait, d'après moi, entre autres, que le diplôme ne donne pas automatiquement naissance à un auteur de sa propre

⁴¹ DUBAR C. La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles. Armand Collin (Coll. "U Sociologie") Paris, 1991, 276 p.

⁴² ALTER N. La gestion du désordre en entreprise. L'Harmattan Ed. Paris, 1990, 207 p.

⁴³ WINKIN Y. La nouvelle communication (recueil de textes de l'école de Palo Alto), Le Seuil Ed. Paris, 1981, 372 p.

pratique, mais plutôt à un thérapeute qui doit se créer lui-même en partie, contrairement à ce qu'auraient pu être les représentations de l'étudiant ou du stagiaire. Mais, comment pouvons-nous tenter de décrire cette démarche créatrice ?

Il nous faut maintenant rechercher les éléments de construction d'un dispositif qui soit en même temps dispositif document (peut-être), mais surtout dispositif action (en action ?) pour reprendre les termes employés par M. Vial ⁴⁵.

3.2.1. EVALUATION, AUTO-EVALUATION : RICHESSE ET COMPLEXITE

Le quantitatif, la négation du temps, corollaires du contrôle comme l'écrit Ardoïno ⁴⁶, ne correspondent pas à notre recherche. La lente démarche de construction d'un moi professionnel posé comme unique et cependant intégré à un tout collectif complexe, stratifié, rugueux ne peut emprunter seulement à des normes figées et standardisées.

Nous poserons donc comme nécessaire, la prise en compte du qualitatif et du temps pour un devenir "en intention". Nous retiendrons le concept de processus. Les procédures qui en seraient un produit contingent, nous les gardons de côté, comme des outils pratiques, au service de l'instrumentation qui se profilerait au fil de notre parcours.

Concernant une démarche d'évaluation au sein des groupes, Ardoïno et Berger posent la question de son usage : "Toute évaluation en tant que processus, doit être partagée et appropriée par un groupe ou un collectif. Elle pose donc inéluctablement la question de sa divulgation : à qui et à quoi sert-elle ? Qui en profite ?..." ⁴⁷. La possibilité d'une démarche d'auto-évaluation, orientée vers l'autonomie du professionnel, ne prendra sens que si elle est partagée dans ses principes par les pairs. Le minimum d'accord sur sa nécessité ouvre la porte à la critique et donc à l'appropriation. La divulgation ne pose pas question, puisque le processus reste personnel. C'est son instrumentation qui est partagée, dans ses bases. Les mêmes auteurs posent également la question du sens : "... L'évaluation nous semble se spécifier, en accord avec son étymologie, par l'interrogation sur les valeurs qu'elle suppose toujours. Il ne s'agit pas, bien entendu, de valeurs, au sens économique du terme, finalement réductibles et, par conséquent homogénéisables en fonction d'un étalon monétaire. Ce sont, cette fois, des valeurs morales esthétiques, philosophiques, politiques, existentielles qui sont principalement en cause" ⁴⁸. Ici encore, c'est la question qui importe. La question sur les valeurs autorise le processus qui reste personnel. On pourrait cependant souligner le fait que les valeurs personnelles ne peuvent, ici, dans le travail

⁴⁴ EYMARD-SIMONIAN C. Projets professionnels et projets de services : de l'intérêt de valoriser l'hétérogénéité dans l'élaboration des projets de service. 1997, 11 p.

⁴⁵ VIAL M. Instrumenter l'auto-évaluation, contribution à la pensée complexe des faits d'éducation (Thèse de l'Université de Provence en Sciences de l'Education), Aix-Marseille 1, 1991.

⁴⁶ ARDOÏNO J. Au filigrane d'un discours : la question du contrôle et de l'évaluation. Préface de MORIN M. L'imaginaire dans l'éducation permanente, Gautier Villars, 1976, p. 1 à 39.

⁴⁷ ARDOÏNO J., BERGER G. L'évaluation comme interprétation. Pour n° 107, 1986, p. 120 à 127.

⁴⁸ ARDOÏNO J., BERGER G. D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes, le cas des universités. Paris, R.I.R.E. L.F., 1989.

d'équipe, que reposer sur un socle de valeurs communes, institutionnelles et groupales, donc professionnelles. Comme en résonance, s'esquissent ainsi les traits constitutifs de l'auto-évaluation. Nous reprendrons une partie des caractéristiques que les auteurs ont cernées, parlant le plus souvent de l'auto-évaluation dans des démarches d'apprentissage. Or, me semble-t-il, nous parlons ici aussi d'un apprentissage : celui qui concerne "l'instrumentation" de sa propre démarche professionnelle par le thérapeute.

3.2.2. QUEL OBJECTIF SE FIXE-T-ON ?

Pour M. Vial, il s'agit : "... d'installer des dispositifs avec les partenaires ... qui permettent au "formé" de vivre un processus de changement de son référent personnel" ⁴⁹. M. Vial distingue le : "... référent de formation, produit de la réorganisation dans l'action des éléments d'une matrice plus profonde dans l'individu, et que nous avons appelée le référent...". Notre projet est bien là une démarche de changement, de création d'un référent.

M. Genthon ⁵⁰ précise **trois volets** avant d'en évoquer l'**élaboration de critères** : "Il apparaît en effet que trois places peuvent être occupées par l'auto-évaluation dans les apprentissages, toutes trois majeures, à la fois antagonistes et complémentaires : condition à promouvoir pour amener les sujets à expliciter leurs référentiels et pouvoir ainsi les confronter à d'autres pour les transformer, les élargir : opération en jeu dans l'activité d'apprentissage caractérisant un fonctionnement cognitif autonome, et objectif à poursuivre dans une visée d'automatisation des sujets apprenants" (p. 28) ; "... afin de permettre l'élaboration de stratégies de réalisation et leur régulation en cours d'action, les critères ne doivent pas porter seulement sur le produit attendu, mais doivent concerner la démarche même à mettre en œuvre pour atteindre ce produit : c'est leur explication qui permet le choix des transformations à opérer, l'organisation des opérations et leur coordination..." (p. 37). A travers ces trois points, nous retrouvons le développement de la triade proposée par Berger : connaître, décider, justifier, mais sur chaque point, se greffe une dynamique de changement concernant le processus lui-même.

La mise en jeu d'une **dynamique collective** féconde au sein des groupes paraît également pertinente, voire indispensable pour des groupes professionnels, et réintroduit le champ collectif dans un processus individuel d'appropriation et de construction : "... dans les formations d'équipes, les modifications liées à l'auto-évaluation étaient plus notables, les référentiels individuels devant vraisemblablement prendre en compte au moins partiellement ceux des autres membres de l'équipe constituée à des fins de travail commun" (p. 47). Ici, émerge, pour moi, la nécessité du dialogue entre pairs, entre professionnels de même origine. On peut y voir également une difficulté : la levée des inhibitions sera sans doute plus ardue dans un groupe professionnel constitué de façon durable dans l'organisation que dans un groupe réuni par un projet explicite d'apprentissage collectif.

⁴⁹ Op. cit.

3.2.3. LA NEGOCIATION DES REFERENTIELS

Cette nécessaire introduction de la confrontation, de la comparaison, de l'ajustement consenti et qu'on s'approprie en situation professionnelle s'apparente bien à la négociation des référentiels, également évoquée par M. Genthon : "... Par la mise en rapport des référentiels en présence, la situation pourrait être assimilée à une situation de négociation (Ardoino, 1979) où le processus même de confrontation des référentiels serait inducteur de régulations et d'autorégulations pour favoriser l'établissement de coordinations au moins partielles entre les référentiels de l'enseignant ou du formateur et des sujets apprenants, et la réussite des apprentissages. On peut, avec Cardinet (1987), considérer que cette approche relève de ce qu'il appelle le modèle des jeux des sciences compréhensives, qui repose sur la compréhension de la situation de chaque individu et suppose une convergence des représentations personnelles" ⁵¹. Il ne s'agit pas ici de formés et de formateurs, mais de sujets formateurs/formés dans un groupe où existe un espace de dialogue négociation.

"Progressivement, se dessine donc un processus qui ne serait, ni auto-contrôlé face à un référentiel "donné", c'est-à-dire figé et externe, pour produire au mieux de l'attendu, mais une auto-évaluation complexe qui associerait autocontrôle et auto-questionnement" (Vial ⁵²). Il s'agit pour moi d'un questionnement sur des référentiels raisonnés, mais aussi multiples et changeants, il s'agit de construire, interroger, critiquer et défendre tout à la fois sa "boîte à outils", dans ce qu'elle a de commun et de différent avec celle de ses pairs et d'envisager ce que peut être celle des représentants des autres professions. La négociation des référentiels implique le professionnel, et dans sa sphère professionnelle propre, et dans la sphère multidisciplinaire. Les critères d'utilité, d'efficacité, de congruence, de légitimité ne sont pas exclus.

3.2.4. REFERENTIEL ET DIFFERENTIEL

Pour que ce processus puisse vivre, plusieurs concepts indissociables interviennent à chaque instant : **différentiel**, **appropriation** et **négatricité**. Parlant des cartes d'apprentissage, M. Vial souligne la valeur de l'écart : "En effet, quand on fonde un différentiel, l'écart à la carte n'est pas une erreur, mais l'expression d'une appropriation. C'est la modification qui est le signe de la compréhension, pas la restitution, ni la reproduction. Le statut de l'erreur doit être négocié, argumenté. Il y a autant de travail à faire pour passer de l'erreur à l'écart qu'il y en a eu de fait pour passer de la faute à l'erreur..." ⁵³. Or, de même que le processus éducatif reste prompt à formuler en terme d'erreur plutôt que d'écart, le milieu professionnel, lui, stigmatise volontiers la faute. L'effort à fournir en est d'autant plus grand pour accéder à l'idée possible d'un référentiel négocié, d'un **différentiel**.

⁵⁰ GENTHON M. Apprentissage - évaluation - recherche. (Genèse des interactions complexes comme ouvertures régulatrices), synthèse des travaux en vue de l'habilitation à diriger des recherches communes, soutenue en 1993. En Question, Dep. Des Sc. de l'Ed. Université de Provence Ed. Lambesc, 1997, 221 p.

⁵¹ GENTHON M. L'évaluation, problème de communication. J. Weiss Ed. (p. 175 à 188), 1991, reproduit dans Op. cit.

⁵² VIAL M. Dans la formation en alternance, le différentiel, un outil pour évaluer les stages. En question, Cahier n° 2, Sc. de l'Ed. Aix, 1996.

⁵³ VIAL M. Instrumenter l'auto-évaluation, contribution à la pensée complexe des faits d'éducation. (Thèse de l'Université de Provence en Sciences de l'Education), Aix-Marseille 1, 1991.

S'autoriser la singularité, il me semble qu'il s'agit ici de l'écart fortuit, découvert et analysé. Ne pouvons-nous proposer l'écart voulu comme un aménagement, c'est-à-dire comme construction d'un référentiel fils ou cousin, c'est-à-dire comme une intention de modifier l'outil (concept, modèle). C'est peut-être l'altération, voire la négativité (Ardoino) comme principes créateurs. Cette transgression, cette autorisation (Ardoino) à se faire soi-même pour faire, ne va pas sans peine et sans effort. Elle suscite elle-même des préalables. Enfin, le recours au référentiel, aux référentiels, à un ensemble de références (voir la distinction référant et référentiel chez Vial ⁵⁴), me semblerait correspondre dans ce sens de singularité, de "bricolage", à une grande partie de l'utilisation de la boîte à outils que j'évoque.

3.2.5. LA MULTIREFERENTIALITE COMME POSSIBLE

La référence à des pôles d'interprétation diversifiés, dont P. Stevenin donne des exemples familiers à nos professions dans ses choix ("Un référentiel neurobiologique pour le changement, un référentiel psychoanalytique pour la créativité..." ⁵⁵), appelle une remarque concernant les représentations des professionnels, en ce qui concerne leur instrumentation personnelle : notre culture, générale et professionnelle, nous permettrait de nombreux transferts, de multiples lectures du réel. Qu'en est-il dans la pratique ? Le "complexe d'Athéna", que nous avons évoqué, mais aussi sans doute d'autres facteurs, dont l'inertie quotidienne, font que le professionnel limite le nombre de ses références et que celles-ci restent souvent implicites, c'est-à-dire sans doute parfois très peu explicitées à ses propres yeux.

La multidisciplinarité comme ouverture est le champ fécond de l'enrichissement "systémique" lorsque se pressent les nécessités de l'instant, les impératifs techniques au service d'une approche qualifiée de purement biomédicale. Dans l'optique d'un changement des représentations, l'image de la tresse, du **l'un et l'autre**, de **l'un puis l'autre**, embrassés dans un tout, au lieu du paradigme de l'exclusion nécessaire de concepts antagonistes me paraît opérante et nécessaire. La boîte à outils devient plus alors le lieu du travail sur le lien, sur l'entre-deux que le seul espace d'utilisation de chaque outil pris séparément. Une fois encore, cette élaboration reste cachée aux yeux des tiers. C'est le concept lui-même qui agit et non l'injonction. C'est dans cet entre-deux, dans cet espace, que se joue la naissance de l'auteur, le créateur de lui-même comme thérapeute. "Le véritable lieu de naissance est celui où l'on a porté, pour la première fois, un coup d'œil intelligent sur soi-même" ⁵⁶.

⁵⁴ Op. cit.

⁵⁵ STEVENIN P. Les processus de changement dans l'évolution de la formation des cadres de santé. (Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Provence, Aix-Marseille 1, 1996, 315 p.

⁵⁶ YOURCENAR M. cité dans la première partie de MORIN E. La complexité humaine. Recueil de textes présentés par WEINMANN H. Flammarion Ed. Paris, 1994, 380 p.

3.2.6. L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE ET L'IDENTIFICATION DES LIMITES

Accepter que d'autres décident pour moi quelles sont les seules références admises, c'est faire le deuil de mon statut (état ?) de thérapeute. Je revendique donc la singularité comme une nécessité de mon exercice professionnel. Le corollaire de cette proposition, et en particulier dans un travail interdisciplinaire bien compris, c'est la **reconnaissance de mes limites**. La reconnaissance de mes limites passe d'abord par l'attention à la différence de l'autre, collègue "homogène" ergothérapeute, qui partage avec moi les complicités du métier, et collègue "hétérogène", "autre soignant", qui partage avec moi les complicités d'une action en cours, d'un processus de soins auprès des mêmes patients. Dans l'intervalle de l'articulation entre mes groupes d'appartenance ainsi constitués, proches autant qu'irréductibles, se bâtissent mes attitudes de professionnel. Dans l'un et l'autre champ, la recherche de la complémentarité peut, si j'y prends garde, se substituer à la concurrence. Dans le groupe interdisciplinaire, je ne me sens plus responsable, porteur, des intérêts corporatistes : j'évalue les limites de mon intervention. Dans le groupe homogène, ou service homogène, je confronte mes pratiques à celles des autres, j'évalue mon interprétation personnelle des partitions préétablies par mon métier. Cette mise en musique passe bien par la reconnaissance de l'autre comme incontournable partenaire d'une relation d'interdépendance. Ma dynamique professionnelle se transforme dès que je reprends à mon compte ce constat. Identifier ce lien, c'est décrypter ceux de la complémentarité, des synergies alors rendues possibles. Bien sûr, la concurrence n'est pas gommée, comme dans un monde éthéré. L'angélisme ne sied pas au monde du travail (chaque fois que j'entends : "l'équipe veut, l'équipe a dit", je cherche où sont les signatures, sans les retrouver). Seulement, la reconnaissance des limites et de la complémentarité a ouvert un nouvel espace.

Lorsque R. Dupas évoque le travail sur soi du dirigeant, il me semble que toute construction professionnelle doit emprunter le même chemin : "... (La) recherche de la pertinence entre ces projets qui situerait chacun professionnellement, éviterait la confusion des rôles et participerait à la reconnaissance de l'autre dans sa différence. Pour un sujet, s'interroger sur ce qui l'anime, sur ses intentions, sur l'évaluation des démarches qu'il entreprend, sur ce qui le pousse à continuer à avoir envie d'avancer, revient à s'interroger sur son désir" ⁵⁷. Il y a donc aménagement, négociation constante avec soi-même et avec les équipes de travail où j'évolue. Mes mobiles, mes valeurs, professionnels et personnels, je dois sans cesse les confronter, les mettre en travail. Sans ce deuxième volet, la revendication d'autonomie reste paradoxale, "infantile", inutile.

⁵⁷ DUPAS R. L'évaluation comme soutien à l'assise de la fonction de dirigeant. In Résumé pour le Colloque Les interactions dans les processus d'évaluation et de formation. Hommage à Michèle Genthon. Lambesc, 22 et 23 mai 1997.

3.2.7. L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE EN PROJET

C'est maintenant seulement que nous pouvons revendiquer le droit à (le devoir de ?) la singularité contrôlée dans l'élaboration du projet collectif. Le projet individuel comme sous-ensemble et organe d'un tout (le projet de service), cette intention rejoindrait ainsi les propositions d'Eymard-Simonian⁵⁸ : "... Le projet professionnel est donc de l'ordre du sens, du sens des choses pour le sujet, mais aussi affaire de négociation et de régulation. J'entends par régulation, le mouvement lié au processus d'intégration de la norme, d'un référentiel professionnel et du dépassement, de l'interpellation de ce référentiel. Sa dynamique s'inscrit dans les tensions issues des confrontations entre idéologies, idéologie et réalités. Le travail d'identification et de différenciation devant alimenter le processus de professionnalisation ; c'est-à-dire le processus qui invite à s'inscrire dans l'histoire d'une profession plutôt que dans l'exercice d'un métier. Ce processus se caractérise par un travail de recherche de sens, d'autoquestionnement par rapport à ses choix, ses orientations, ses actes...". Dans ces quelques lignes, sont ainsi proposés plusieurs niveaux de lecture : recherche du sens et des valeurs dans l'action envisagée, mais aussi identification des limites posées par le réel, compréhension et dépassement de la norme tout à la fois, recherche du même et du différent comme indissociables.

On peut donc parler d'auto-évaluation d'une action personnelle, au service des valeurs, et négociée. Nous avons cheminé insensiblement vers la représentation du dispositif virtuel de l'autoquestionnement. Comment ? Pour qui ? Pour quoi ? Nous n'avons qu'ébauché les réponses à ces interrogations. Pourtant, l'essentiel n'émerge que maintenant à travers le pourquoi et la question des valeurs, "juges de paix" d'une conscience professionnelle revisitée.

3.2.8. LES VALEURS PROFESSIONNELLES COMME HORIZON

Les diverses fortunes du mot "valeurs" créent de la confusion : avatars moralistes (les "vraies" et les "fausses"), culturelles, politiques, effets de génération. Le bien, le vrai, le beau se conjuguent sans discernement. Il est bien difficile de trouver aux valeurs qui nous semblent les nôtres, des fondements théoriques, et c'est ce que suggère **Comte-Sponville**⁵⁹. Il développe l'idée qu'il vaut mieux redécouvrir, même sans chercher des fondements irréfutables et de type logique, ce que l'on appelle des valeurs humanistes que de chercher à en découvrir d'hypothétiques nouvelles. A ces valeurs humanistes prônées par Comte-Sponville, nous devons ajouter, me semble-t-il, celles de la démocratie. Le patient handicapé devient de plus en plus le citoyen client et cela se traduit malgré les résistances institutionnelles dans l'approche que doivent emprunter les thérapeutes. Stiker⁶⁰ retrace ainsi une évolution des mentalités et des pratiques des réseaux de réadaptation depuis le début du siècle. Le vocabulaire em-

⁵⁸ Op. cit.

⁵⁹ COMTE-SPONVILLE A. Une morale sans fondement. In La société en quête de valeurs, Coll. Maxima Ed. Paris, 1996, 235 p.

ployé est significatif. Il écrit que l'encadrement, la mise à nu, l'éducation des infirmes comme projet se voient dépassés par la lutte contre l'incapacité et le désavantage. Le projet institutionnel glisse du redressement de la personne déficiente à la correction des situations qui créent, en elles-mêmes et conjuguées avec les incapacités, le désavantage.

P. Thibault ⁶¹, quant à lui, soutient que la démocratie doit d'abord "fabriquer" des citoyens et illustre son propos en évoquant l'action de deux pionniers : l'Abbé de l'Épée et Pinel. Ces deux pionniers ont donné à deux populations marginalisées par leur différence, les moyens de changer leur statut. Le premier a donné aux sourds un moyen de prendre parole, et donc citoyenneté. Le second a contribué à rompre une partie des liens physiques de coercition dont ils étaient l'objet et à désenclaver en partie les malades mentaux. Dans ces deux cas, des actions concrètes ont contribué à changer les représentations sociales sur une population, à donner à ses membres les moyens de se faire reconnaître comme citoyens. Engagement, responsabilité, démocratie peuvent se décliner selon les caractéristiques du projet de soins, selon les approches qui font l'ergothérapie d'aujourd'hui : la poursuite de l'autonomie et de l'indépendance, l'activité comme but et comme outil, dans une relation de partenaire avec la personne "rééduquée". Ces principes peuvent aider ou amorcer un questionnement individuel sur les valeurs professionnelles et leur appropriation par l'acteur auteur.

3.2.9. LA QUESTION DES CRITERES ET DES INDICATEURS POUR EVALUER LA CONSTRUCTION AUTONOME D'UN PROJET PROFESSIONNEL

La concrétisation du dispositif qui met en interaction autonomie auto-évaluation met en travail la recherche de critères et d'indicateurs. Selon Bonniol ⁶² : "Les critères ne tiennent pas d'abord à l'objet évalué, mais à l'objectif ... qui se concrétise ensuite dans des indicateurs. On peut dire d'une certaine façon que l'objectif est une concrétisation, dans un projet, de critères qui dépassent largement l'objectif lui-même". Ici, il s'agira autant de dessiner la démarche à suivre pour rechercher les critères que de les poser comme donnés de fait. L'objectif poursuivi est bien l'esquisse de catégories et de sous-catégories de référentiels. L'auto-évaluation a pour objectif d'apprécier, dans un processus volontaire de construction de catégories et de sous-catégories de référentiels, la prise d'initiative tournée vers l'enrichissement, la recherche, la confrontation, la mise en relation de valeurs, de référents théoriques, pratiques, organisationnels pour bâtir un projet "idéal", et l'aménager, l'ajuster.

"... Je définirais aujourd'hui le projet professionnel comme l'engagement dans un système de valeurs professionnelles, dans un modèle professionnel, dans une pratique professionnelle" ⁶³. L'auto-évaluation retiendra de larges critères concernant l'explicitation des valeurs et des diverses catégories

⁶⁰ STIKER H.J. *Corps infirmes et sociétés*. Aubier Montaigne Ed. Paris, 1982. 250 p.

⁶¹ THIBAUT P. *La communauté de responsabilité*. In *La société en quête de valeurs*, Op. cit., p. 202.

⁶² BONNIOL J.J. *Conférence d'ouverture de l'Université d'été d'Evaluation de Marseilleveyre*. Marseille, document C.I.R.A.D.E., Sc. de l'Ed., Aix-en-Provence, 1986.

⁶³ EYMARD-SIMONIAN C. *Projets professionnels et projets de service*. Op. cit.

de référentiels, mais retiendra également des critères de mise en correspondance d'une catégorie à l'autre et intra-catégorielle.

Nous avons évoqué là l'auto-évaluation des processus. Nous n'oublierons pas les produits : soins dispensés aux patients et produits fournis aux partenaires de travail. Nous chercherons donc ces critères centrés sur la production. Ces critères et les indicateurs que nous retiendrons ne restent que des propositions, des lignes directrices destinées à l'auto-évaluation.

4 . METHODOLOGIE

Avant d'amorcer ce travail, j'ai différé le choix de son sujet. Il me semblait important de ne pas rester dans le cadre de mon métier, de ma sphère professionnelle présente. Mais, poser une problématique propre à un métier que l'on croit bien connaître, c'est aussi se donner les moyens d'en mieux comprendre d'autres, de cerner un aspect important de l'organisation dans son ensemble. Il me paraît maintenant nécessaire de retracer le cheminement de ce questionnement auquel j'ai "cédé".

4.1. L'ITINERAIRE D'UN QUESTIONNEMENT

4.1.1. DANS L'ORGANISATION HOSPITALIERE

Comment composer avec l'ensemble des données humaines et techniques pour s'orienter vers un "mieux faire" ? Comment se donner les bases méthodologiques nécessaires à une réflexion professionnelle authentique et utile ? La recherche de repères, autour de ces thèmes impérieux, s'est en quelque sorte imposée comme une nécessité. Le constat quotidien que les thérapeutes ont des difficultés à dépasser les conditionnements de leur pratique m'a amené à découvrir que je ressentais ces mêmes difficultés. J'ai tenté d'en décrire ici quelques aspects, bien sûr schématiques. Aux comportements, s'ajoutent les interrogations, les justifications verbales réitérées au fil du temps dans le groupe de personnes qui constitue le service d'ergothérapie de mon institution. La formulation d'objectifs, même individualisés, ne constitue pas une réponse à ces demandes, explicites comme implicites, de consolidation professionnelle. Ce quotidien là m'a conduit à tenter de formuler une problématique pratique.

Fallait-il souligner chaque assertion d'exemples, étayer d'illustrations concrètes chaque étape ? Je crois que notre cheminement s'explique plus nettement si, au contraire, se crée une légère distance entre cette problématique et le but poursuivi. L'expérience, chaque jour renouvelée, ne suffit cependant pas à elle seule pour décrire ce que serait la problématique d'une profession, et doit trouver confirmation dans les éclairages apportés par la confrontation avec des situations observées en dehors d'une seule organisation.

4.1.2. UNE CONFIRMATION DANS LES RESEAUX EXTERNES

La vie d'une profession, ce sont aussi les **réseaux transverses** qui nourrissent, d'une organisation à l'autre, les questionnements, les élaborations pratiques ou les tentatives conceptuelles. Nous avons

formé, depuis dix ans, le "Groupe des ergothérapeutes cadres de l'ouest" de la France. Ce groupe, "E.C.C.O.", rassemble trente ergothérapeutes issus d'organisations très diverses : rééducation fonctionnelle, mais aussi psychiatrie et gérontologie. Quelques uns occupent des fonctions éloignées de l'exercice "classique" : directeurs d'école, gestionnaires d'établissement, chargé d'insertion professionnelle, universitaire. D'autres n'ont aucun statut hiérarchique. La majorité sont chefs de service dans un établissement public ou privé. Cette diversité des regards nous aide dans toute réflexion centrée sur la profession. Les enjeux de ce groupe formé par cooptation, informel autant que stable, ne sont que ceux que chacun veut bien y mettre pour lui-même. C'est ainsi qu'au fil des ans, les thèmes de travail se sont déplacés de l'élaboration d'outils liés à l'organisation du travail ⁶⁴ vers une recherche plus "conceptuelle". Celle-ci se voit comme appelée, convoquée par l'ébauche des attributions du poste de responsable, écrite après une élaboration plurielle au nom du groupe ⁶⁵. L'une d'entre nous, C. Orvoine, avait proposé de "protéger l'autonomie des professionnels" ⁶⁶, tirant d'un travail écrit par elle, une proposition qui, par son seul énoncé, mettait en exergue un point bien particulier. Peut-être était-ce là une attribution de cadre, mais l'autonomie des professionnels posait bien question. Cette question venait bien du terrain, car aucun manuel de management ne pose comme principe : " la protection de l'autonomie". Au delà du paradoxe apparent, dû à la juxtaposition des deux termes, protéger et autonomie, il me semblait voir là un indicateur précieux, peut-être celui d'un manque ?

La pratique de l'enseignement en école de cadres de santé m'a également appris que cette question de l'autonomie des professionnels paramédicaux reste sous-jacente à toute démarche de changement sans trouver pour autant une formulation satisfaisante. L'attention portée par les étudiants cadres de santé, à l'instrumentation pratique du management, et parfois même sur des représentations purement techniques, m'avait entraîné dans un premier temps à répondre sur le même registre. Puis, d'une intervention à l'autre, le retour au questionnement faisait place à l'émergence d'un espace où le regard du professionnel sur lui-même prenait le pas sur la recherche d'un savoir purement instrumental. Il s'agit bien d'une démarche vers l'autonomie.

Identifier, dans la pratique, la part du métier et celle de la culture, comme déterminant les représentations sur leur rôle au travail que se font les salariés, P. d'Iribarne ⁶⁷ l'a fait dans son étude transversale sur trois usines du même groupe aux U.S.A., aux Pays Bas et en France. Sa mise en évidence des facteurs culturels posait pour moi la question de la relativité de nos préoccupations d'ergothérapeutes français. Nous savons, par la lecture des revues professionnelles, que subsistent de larges différences de statut et de pratique d'un pays à l'autre, malgré la lente mise en œuvre des standards recommandés par la World Federation of Occupational Therapy. Nos échanges avec nos **collègues québécois** nous ont permis de découvrir un métier exercé dans des conditions assez différentes de celles que nous connaissions : ordre professionnel omniprésent, ratios de personnels dans tous les établissements très supérieurs à ceux que nous connaissons, existence de cursus universitaires et pôles de recherche en

⁶⁴ BELLIARD H. Le collège des responsables de service d'ergothérapie région ouest. J. d'Ergothérapie, 1991, 13, p. 22 à 27.

⁶⁵ E.C.C.O. Fonction du responsable de service. In Bulletin de liaison de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, n° 4, 1993.

⁶⁶ ORVOINE C. Savoir mobiliser ses compétences. D.E.S.S. Conception et gestion d'un organisme de formation, Rennes 2, 1993.

⁶⁷ d'IRIBARNE P. La logique de l'honneur. Le Seuil Ed. Paris, 1989, 278 p.

physiothérapie et ergothérapie, diversité et vitalité des développements techniques et conceptuels, poursuite de la qualité. Pourtant, ces écarts constatés d'un pays à l'autre entre les cursus, entre les statuts nous ont fait apparaître de façon plus forte encore la convergence des questionnements. Celle-ci fut remarquablement formulée dans une intervention d'enseignant, à un congrès annuel de l'Association québécoise, auquel quelques-uns d'entre nous participions : "On dispose, en ergothérapie, de savoirs pratiques effectifs et éprouvés, qui continuent de s'accroître et de se diversifier. Ce qui ferait plutôt défaut, c'est le savoir de la pratique, un savoir de la condition commune, dont c'est trop vite dit "qu'il a rien là". Il y a là, pour chacun de nous, humains vivants, le premier terreau, l'ouverture du possible et aussi la limite, la clôture du conditionnement et des contraintes. C'est là notre champ d'action, le lieu de notre agir. Ce sera là que nous pourrons rejoindre nos patients et pourrons leur porter assistance, nous de la thérapie active..."⁶⁸. Je décèle, dans ce discours, un rappel des valeurs professionnelles et une recherche du lien, du dialogue entre champs conceptuels d'une recherche, pour partie, d'autonomie.

4.1.3. DE LA PROCEDURE AU QUESTIONNEMENT DANS LES ORGANISATIONS

Ayant repéré le cheminement vers une autonomie en action, comme constante d'une profession, j'ai pointé, à l'occasion des chantiers **D.E.S.S.**, l'émergence d'effets inattendus dans l'entreprise, lorsque celle-ci recourt à l'expertise externe.

4.1.3.1. *La norme I.S.O. et le C.A.T. Quand la procédure peut faire sens*

La participation à une démarche de certification aux normes I.S.O. dans un Centre d'Aide par le Travail, par l'entremise du service qualité d'une grande entreprise industrielle, me permettait d'affirmer que le déroulement purement procédural des différentes étapes de mise en place de l'accréditation, le formalisme, n'empêchent nullement que s'expriment à chaque moment, les **représentations** des salariés, sur les méthodes de travail, la communication interprofessionnelle, mais aussi l'interrogation sur le sens de l'entreprise, entité économique **et** entreprise à vocation sociale. La démarche vers la certification I.S.O. 2000 exige que chacun "écrive ce qu'il fait et fasse ce qu'il a écrit". Cette démarche provoque systématiquement l'inquiétude de chaque agent, puisque l'ensemble de la procédure passe au crible chaque opération et chaque geste. Au delà de la lourdeur réelle dont elle pèse sur chacun, elle oblige cependant chacun à s'interroger, et sur son travail, et sur celui des autres. Bien sûr, la maîtrise des zones d'incertitudes se trouve menacée. Cependant, j'y ai noté l'introduction progressive d'une recherche de sens. Entreprise de production, le C.A.T. doit répondre à la pression des clients qui conditionnent sa survie. Entreprise sociale, il doit prendre en compte le service aux travailleurs handicapés pour lequel il est également rémunéré. Entre la population des travailleurs valides (la maîtrise) et celle des travailleurs handicapés, se joue le devenir de l'entreprise, les premiers considérant les seconds comme de purs exécutants. Lors de ma présence dans cette entreprise, la démarche d'assurance

⁶⁸ JOBIN J.L. Trente ans d'ergothérapie au Québec. Rev. Québ. d'Erg. Vol 3, n° 4, 1994, p. 136 à 140.

qualité s'est déroulée exclusivement avec les agents valides, chargés de la répercuter auprès de leurs collègues handicapés. Cependant, insensiblement, les gestionnaires ont évolué vers la notion de qualité sociale, un retour vers le sens possible d'une entreprise mixte. La double contrainte de la survie économique et de la qualité du service rendu à la "seconde" population s'esquissait plus fortement du fait même des exigences de la procédure d'assurance qualité centrée sur la production. Une deuxième observation me permettait de vérifier que même la procédure la plus contraignante et la plus détaillée laissait place à la créativité. Mon objectif de stage étant de mieux connaître la procédure elle-même, mon rôle se limitait à l'accompagnement de l'instructeur chargé, par le service qualité pressenti, de former et auditer les cadres du C.A.T. dans leur démarche de mise en place des normes.

Les exigences E.A.Q.F. (versus des normes I.S.O. appliqué dans le secteur automobile par la plupart des constructeurs européens), si elles décrivent en apparence la démarche dans le moindre détail, préconisent cependant "que le référentiel est un outil propre bâti par les professionnels". Une première interprétation de cette recommandation, c'est bien sûr la contrainte par l'autocontrôle. Dans une procédure élargie, anticipée ; j'y vois pourtant le signe d'une autonomie possible dans la modification de l'outil référentiel. "Justifier ce que je fais", même dans la procédure d'assurance qualité, ouvre la porte à un discours sur ma pratique, sur ma conception de la qualité et à quelques pas vers l'autonomie.

4.1.3.2. L'organisation hospitalière entre consultance et expertise (deux conceptions du projet : le projet en construction accompagnée, le regard expert sur un projet considéré comme fini)

Un deuxième chantier m'a permis de pointer, dans une organisation hospitalière, les effets du recours à un conseil externe, lorsque se télescopent les attentes des groupes d'acteurs. Il s'agissait, ici, pour un centre de rééducation, de procéder à une démarche d'amélioration des conditions de travail, telle que préconisée par les directives ministérielles de 1996, dans le droit-fil des accords Durieux. Le financement prévu par la tutelle pour cette aide au projet s'accompagnait d'une exigence de conformité à des axes préétablis. Le commanditaire avait pressenti deux organismes conseils ; il leur indiquait deux directions de travail :

- ⇒ un réaménagement des charges de travail du service de soins infirmiers après une mesure appropriée de celles-ci,
- ⇒ une amélioration de la communication pluridisciplinaire.

Une entreprise conseil ayant fait une proposition sur un mode expert a été retenue, sur l'hypothèse que l'efficacité des actions préconisées viendrait des propositions instrumentales. Une autre offre reformulait en partie la demande et semblait plus insister sur l'émergence accompagnée d'un projet à faire. Les difficultés rencontrées d'entrée de jeu par la procédure d'audit, telle qu'elle était initiée, m'ont renvoyé à la question de l'efficacité d'une action qui porterait d'abord sur les représentations. L'engagement de chaque groupe d'acteurs audité s'est effectué en fonction de ses attentes propres, sans que peut-être celles-ci ne soient retravaillées, élucidées. La démarche d'expert, centrée sur le réaménagement des charges de travail, et laissant de côté d'autres attentes, n'a pu être menée à son terme, le rapport intermédiaire ayant soulevé de vives défenses avant même sa présentation.

4.1.3.3. *L'illusion de la prévision et le deuil du contrôle*

L'enseignement commun que j'ai retiré de ces deux chantiers très différents, c'est bien la vérification du caractère illusoire de la prévision qui porte sur les effets escomptés d'une démarche de changement. Dans un cas, l'audit expertise laisse un petit espace à l'autonomie créatrice, contrairement à toutes les apparences. Dans l'autre cas, les effets de défense bloquent une démarche apparemment anodine. La conception d'un outil, d'un dispositif de changement dans la relation au travail ne peut donc se faire qu'avec les acteurs.

4.1.4. UNE DISTANCIATION DIFFICILE

Certes, l'ardente obligation de travailler sur un aspect essentiel de mon métier, dans mon organisation et de façon plus large, s'est en quelque sorte imposée à moi. Il m'a semblé que cette recherche sous-tendue par un intérêt constant comportait un risque permanent et double :

- ⇒ l'identification aux professionnels étudiés, avec une implication, une adhésion, un "grasping" ⁶⁹ qui rendaient difficile la distance, le recul,
- ⇒ le retour incessant des problématiques du cadre qui ne peut que vouloir intervenir dans les processus en action chez ses collègues, avec confusion entre ce que voudraient et pourraient l'un et l'autre.

Faut-il l'avouer, la quête de sens et de clarification des deux concepts, autonomie et auto-évaluation, m'est apparue trop importante pour laisser au bout du chemin un tel sujet. La mise en contraste de mes propres constats, avec les écrits de professionnels de santé qui m'ont précédé dans cette voie, a eu pour effet de me confirmer l'intérêt de la démarche et aussi des lacunes méthodologiques qui ont été miennes.

4.2. MODIFIER LES REPRESENTATIONS DES PROFESSIONNELS ?

Claude Tapia ⁷⁰, dans "Management et sciences humaines", évoque le travail en milieu hospitalier et pose la question : "Ce secteur exige-t-il un type de management si différent des autres secteurs, qu'on ne puisse se livrer à une comparaison théoriquement et pratiquement utile, des attitudes et représentations des agents ?". Il fait part, à propos d'une enquête menée dans différentes entreprises de soins :

- ⇒ "d'un émiettement des opinions, des attitudes et représentations, y compris au sein de catégories professionnelles homogènes,
- ⇒ d'un ensemble de constats ambivalents ou contradictoires associant : un désir de progression contrarié par les pesanteurs vraies ou supposées de l'établissement, une double tendance au repli et aux préoccupations éthiques, des caractères de valorisation corporatistes, d'attente de démocratie

⁶⁹ Terme utilisé en neurologie, à propos du syndrome frontal des cérébrolésés, pour désigner leur incapacité à lâcher un objet saisi ou porté à la bouche

⁷⁰ TAPIA C. Management et sciences humaines. Ed. d'organisation Paris, 1991, 186 p.

dans le processus décisionnel de l'hôpital, une analyse catégorielle de l'entreprise, plutôt que systémique".

Par ailleurs, Norbert Alter ⁷¹, parlant des nouveaux professionnels à la quête d'une reconnaissance par la valorisation de leur métier et de leurs capacités innovantes, écrit : "la professionnalisation, l'obligation d'inventer, sinon leur travail, au moins la façon de le faire, conduit les innovateurs à disposer d'un atout culturel au sens mécanique et stratégique du terme. Cette distance critique leur permet de traiter avantageusement la complexité des tâches et des jeux sociaux. Cette qualité participe d'une représentation du monde qui les distingue d'une position strictement technicienne. Elle est une source de force".

Ces deux recherches menées auprès de catégories professionnelles posent bien, à mon sens, la question des représentations qu'ont les acteurs de leur rôle, de leur exercice. Elles mettent en lumière des processus qui ont affaire, d'une façon ou d'une autre, à la mise en relation entre autonomie professionnelle et auto-évaluation : un constat d'une part, des lignes de recherche de l'autre. Les questionnements que j'ai pointés pourraient à présent être mis en forme pour élaboration d'une enquête menée sur un échantillon plus large d'ergothérapeutes exerçant en réadaptation. L'enquêteur tenterait de comprendre quelles représentations pourraient se construire autour des notions d'auto-évaluation et d'autonomie professionnelle. Cette recherche du "sens commun" au sens de Moscovici, nous conduirait à rechercher quelles représentations les ergothérapeutes se font de l'autonomie professionnelle : "... C'est dire que se représenter, c'est à la fois se représenter des choses absentes ou se présenter les choses d'une certaine façon pour satisfaire aux conditions de cohérence argumentative, de rationalité et d'intégrité normative de groupe. Quel cela se communique et se diffuse est d'autant plus important que nous n'avons d'autre moyen que des discours et les significations qu'ils véhiculent pour que les individus et les groupes s'y reconnaissent et se l'approprient..." ⁷². Le sens commun d'un groupe peut également se trouver changé par des modèles nouveaux qui s'offrent à cette interprétation.

Nous essaierons, concernant l'approche de l'autonomie professionnelle et l'auto-évaluation des ergothérapeutes, de schématiser, de la façon la plus imagée possible, afin d'offrir à voir, comprendre, discuter, s'approprier...

⁷¹ Op. cit.

⁷² MOSCOVICI S., VIGNAUX G., Le concept des themata, p. 27 de Structures et transformations des représentations sociales. Collectif sous la direction de C. GUIMELLI, Delachaux Ed. Paris, 1994, 276 p.

5 . EN PRATIQUE

Nous avons posé l'autonomie professionnelle comme capacité à identifier sa singularité, à la mettre en œuvre, à la confronter aux limites et complémentarités identifiées par le thérapeute. D'autre part, nous avons constaté la relative carence du questionnement sur ce sujet dans le milieu professionnel étudié. Enfin, l'auto-évaluation nous était apparue comme le nécessaire moteur de cette démarche de construction d'un projet autonome.

Pourquoi proposer un modèle pratique aux professionnels ? Comment le faire, si ce n'est par une figure simple, qui aide à mieux comprendre la dynamique du dispositif ?

Chaque ergothérapeute s'est interrogé au moins une fois sur le sens qu'il devrait donner à l'autonomie professionnelle. Amorcer des questions et quelques réponses, c'est initier un dialogue entre professionnels sur le thème ; proposer un modèle, c'est peut-être lui voir substituer d'autres propositions qui deviendront à leur tour le modèle de leurs auteurs. Il s'agit ici de donner aux professionnels en recherche de concepts une image formelle du dispositif, à partir des concepts déjà évoqués.

5.1. LA BOÎTE A OUTILS VIRTUELLE

La boîte à outils virtuelle représente à la fois l'espace et la matière des processus d'élaboration autonome. Elle comporte, autour de la programmation des valeurs, trois catégories distinctes de référentiels :

- ☞ théoriques,
- ☞ organisationnels,
- ☞ d'action pratique.

Chaque catégorie de cette boîte à outils comporte des éléments collectifs et des composantes individuels. Entre les boîtes à outils appartenant à deux professionnels, il peut y avoir un grand nombre d'éléments communs, mais il n'y en a jamais deux semblables. Il s'agit d'un espace individualisé. A partir de ces matériaux, et entre eux, au milieu d'eux, c'est dans cet espace que s'élaborent des projets très différents. J'ai choisi de les caractériser selon trois axes :

- ☞ agent,
- ☞ acteur,
- ☞ auteur,

chacun de ces axes se caractérisant à plusieurs niveaux différents. Il ne s'agit cependant là que de typologies. Un même individu pourra adopter successivement ou simultanément des parcours, empruntant à chacun de ces modèles descriptifs.

C'est à partir de cet espace que peut s'édifier un projet, mais ces projets empruntent des voies très distinctes.

5.2. LA DEMARCHE DE L'AGENT

L'agent bâtit, à partir de ses valeurs personnelles et professionnelles, un projet axé sur des choix pratiques, limités, qui tient compte des innovations pratiques. Il ne se réfère, ni aux règles organisationnelles, ni aux modèles théoriques. L'agent peut être attaché à l'organisation, il reste pourtant centré sur son métier. L'agent est absorbé par la réalisation des tâches pratiques requises par son travail présent. Son attachement à l'organisation, si on se réfère à la typologie de Dubar, peut, dans certains cas, être qualifié de "fusionnel". Dans ce cas, tel le majordome du film "Les vestiges du jour", il oublie ses propres constituants personnels, pour ne vivre que les "valeurs maison".

5.3. LA DEMARCHE DE L'ACTEUR

L'acteur fait des choix limités en fonction de ses valeurs professionnelles et personnelles, en tenant compte de certaines des contraintes organisationnelles dans un système ouvert à l'innovation organisationnelle et pratique. Son projet vise au changement de son statut dans l'organisation. Il peut cependant se consacrer à la réalisation des tâches pratiques, mais ce n'est pas ce qui requiert son temps et son énergie.

5.4. LA DEMARCHE DE CONSTRUCTION AUTONOME DU PROJET DE L'AUTEUR

L'auteur bâtit un projet professionnel à partir des valeurs institutionnelles, professionnelles et personnelles, en choisissant des modèles théoriques diversifiés pour un projet tenant compte de la totalité des règles organisationnelles. Il cherche à développer sa multiréférentialité. Son projet s'établit dans l'interaction entre valeurs, modèles théoriques et règles organisationnelles. Son projet se bâtit un peu en amont de ses recherches effectuées dans les référentiels pratiques, mis au service de ce projet.

5.5. AUTO-EVALUATION DE LA DEMARCHE DE TYPE AUTEUR

A l'intérieur du dispositif, l'auto-évaluation, partout présente, s'exerce de façon transversale. On pourrait en décrire deux temps (non chronologiques) :

- ↳ d'une part, l'attention de l'évaluateur : elle visera les différentes catégories de référentiels, évaluant leur richesse et la pertinence de leurs sous-constituants pour les référentiels théoriques, la prise en compte totale du champ référentiel organisationnel, la maîtrise et l'initiative apportées dans le choix des outils pratiques,
- ↳ d'autre part, il s'intéressera aux interactions créées, établies, élucidées entre des référentiels du même champ et entre référentiels de catégories distinctes ; l'évaluateur donc, s'intéresse d'abord aux mises en correspondance de référentiels de même type, puis de types différents,
- ↳ enfin, la qualité du produit (soins, conseil) reste la finalité du projet et constitue en soi une démarche de l'évaluation. La première question serait : comment j'évalue la qualité de ce que je donne ? Elle importe plus que les réponses qui viennent dans un deuxième temps.

La proposition de grille (page 52) offre à l'auto-évaluation, une voie à enrichir, à élargir. Elle ouvre une démarche de mise en mouvement.

Objet évalué	Critères	Indicateurs possibles
Recherche des valeurs et ajustements	Congruence	Formulation des différents niveaux de valeur identifiés
Négociation avec les référentiels organisationnels	Compréhension et ouverture	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Séquences de communication et d'information avec d'autres professionnels ↳ formulation de reprise d'objectifs généraux
Enrichissement et choix de modèles théoriques	Recherche : pertinence	Lectures, analyses, recherches de formation : confrontation aux autres membres de l'équipe
Formulation du projet	Prise en compte de la globalité des interactions entre systèmes de référence	Identification et formulation des étapes de la construction
Choix et mise en œuvre des outils pratiques	Interrogation sur efficacité et efficience	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Mesures pratiques ↳ Recueils d'opinion auprès du patient, de l'entourage, des collègues ↳ Outil statistique

5.6. LES EFFETS ESCOMPTEES DE LA PROPOSITION

Cette schématisation a pour visée de provoquer, en elle-même, questionnement : qu'est-ce que cette démarche de choix, de confrontation, de jugement où l'auteur et l'évaluateur ne sont plus qu'une seule et même personne ? Qu'est-ce que j'y mettrais moi ? Si le schéma, la proposition initie une ébauche de construction, un dialogue, un échange entre professionnels, je penserais avoir atteint un objectif à la fois simple et ambitieux : la mise en travail de l'autonomie professionnelle comme objet. Si ce même schéma provoque la critique, la réfutation, les contre-propositions de la part des professionnels, je penserais avec bonheur que ce travail entre dans une phase d'appropriation. Sur ces bases un peu floues, s'ébauche une construction mentale : l'image de son cheminement dans le processus de décision et d'action qu'est un projet professionnel et sa mise en œuvre. Autonomie et auto-évaluation

apparaissent comme deux sœurs siamoises qui ne peuvent vivre l'une sans l'autre, et dont on ne peut parfois distinguer les organes. Chaque démarche individuelle est bien création de différentiels, qui ne prennent sens que dans un système personnel qui doit être confronté à ceux des autres intervenants. Aussi, l'ébauche de l'outil donne-t-elle lieu à dialogue, critique, appropriation (processus), qui prennent place au niveau des groupes professionnels dans et hors l'organisation dans des moments et lieux institués (procédures).

6 . CONCLUSION

Sans doute, le travail en hôpital de service public doit-il désormais s'inscrire dans le respect des critères économiques d'efficience, la recherche du profit n'en est pas pour autant devenue le principe. Aussi, la relation au patient ne s'assimile pas à une relation client/fournisseur, mais se développe dans un espace où les valeurs professionnelles et personnelles guident le projet de soins, en accord avec les valeurs institutionnelles. L'oubli de cette articulation mène à la "perte d'âme".

Pibarot écrivait, parlant de l'outil activité (ergon) : "Cet ergon, au cœur de la relation thérapeutique, exige de l'ergothérapeute, l'aptitude au jeu créatif et au plaisir correspondant (corps répondant) en plus des qualités inhérentes à tout thérapeute : la neutralité bienveillante, le discernement dans les agirs symboliques, les aptitudes techniques..." ⁷³.

J'y vois bien l'articulation des valeurs professionnelles et institutionnelles. Cependant, c'est l'aptitude au plaisir qui retiendra notre attention. Ce qu'on appelle "l'usure professionnelle" ne signifie rien d'autre que la perte de cette "aptitude au plaisir".

L'engagement, la responsabilité du thérapeute réside dans un triple contrat avec lui-même, avec l'organisation et avec le patient. Une mise en travail de ce processus passe par une démarche un peu formelle, collective et personnelle tout à la fois.

Rentrer dans ce jeu-là, c'est faire un pas vers une autonomie revendiquée et assumée.

⁷³ PIBAROT L. Dynamique de l'ergothérapie. J. d'Ergothérapie, n° 26, 1977, p. 3 à 20.

BIBLIOGRAPHIE

7.1. PUBLICATIONS

Par auteurs

- ↳ ALTER N. La gestion du désordre en entreprise. L'Harmattan Ed. Paris, 1990, 207 p.
- ↳ ARDOINO J. Management ou commandement. A.N.D.S.H.A. Ed. Paris, 1970, 242 p.
- ↳ ARDOINO J. Au filigrane d'un discours : la question du contrôle et de l'évaluation. Préface de MORIN M. L'imaginaire dans l'éducation permanente, Gautier Villars, 1976, p. 1 à 39.
- ↳ ARDOINO J., BERGER G. L'évaluation comme interprétation. Pour n° 107, 1986, p. 120 à 127.
- ↳ ARDOINO J., BERGER G. D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes, le cas des universités. Paris, R.I.R.E. L.F., 1989.
- ↳ BELIO C., DESTAILLATS J.M. Pour un changement de paradigme en ergothérapie, à propos de la prise en charge des traumatisés crâniens. in Expériences en ergothérapie, 6^{ème} série, 1993, Masson Ed. Paris, p. 20 à 28.
- ↳ BELLIARD H. Le collège des responsables de service d'ergothérapie région ouest. J. d'Ergothérapie, 1991, 13, p. 22 à 27.
- ↳ BONNIOL J.J. Conférence d'ouverture de l'Université d'été d'Evaluation de Marseillevyvre. Marseille, document C.I.R.A.D.E., Sc. de l'Ed., Aix-en-Provence, 1986.
- ↳ CASPAR P., MILLET J.C. Apprécier et valoriser les hommes : réflexions et pratiques. Liaisons Ed. Paris, 1993, 285 p.
- ↳ COMTE-SPONVILLE A. Une morale sans fondement. In La société en quête de valeurs. Coll. Maxima Ed. Paris, 1996, 235 p.
- ↳ CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système. Paris, Le Seuil Ed. 1977, 498 p.
- ↳ DETRAZ M.C. et coll. Ergothérapie éditions techniques. Encycl. Med. Chir. Paris, Kinésithérapie Rééducation Fonctionnelle, 26150 A₁₀, 1992, 20 p.
- ↳ DUBAR C. La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles. Armand Collin (Coll. "U Sociologie") Paris, 1991, 276 p.
- ↳ DUPAS R. L'évaluation comme soutien à l'assise de la fonction de dirigeant. In Résumé pour le colloque Les interactions dans les processus d'évaluation et de formation. Hommage à Michèle Genthon. Lambesc, 22 et 23 mai 1997.
- ↳ d'ERCEVILLE D., FOURAGE M., BERTHELIN J.P. Le rééducateur face à l'annonce du handicap. A.F.I.G.A.P., Saint-Genis Laval, 1990.
- ↳ EYMARD-SIMONIAN C. Projets professionnels et projets de services : de l'intérêt de valoriser l'hétérogénéité dans l'élaboration des projets de service. 1997, 11 p.
- ↳ EYMARD-SIMONIAN C. Evaluation et accréditation. in Résumé pour le colloque Les interactions dans les processus d'évaluation et de formation. Hommage à Michèle Genthon. Lambesc, 22 et 23 mai 1997.
- ↳ FAGES J.B. Le collège invisible. Sc. Humaines, n° 4, mars 1991, p. 21 à 27.
- ↳ FERLAND F. Le modèle ludique (le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie). Presses de l'Université de Montréal, Ed. Montréal, 1994, 114 p.
- ↳ FERGUSON J. L'impact des conférences de consensus sur le développement de l'évaluation des technologies (dans Evaluation, Special Workshop), Paris, A.N.D.E.M., 1992.
- ↳ FIGARI G. Evaluer : quel référentiel ? De Boeck Université Ed. Bruxelles, 1995, 192 p.
- ↳ FREIDSON E. La profession médicale. New York 1970, Ed. Fr. Payot, Paris, 1984, 360 p.
- ↳ FROMAN B. Le manuel qualité. A.F.N.O.R. Paris, 1994, 171 p.
- ↳ GENTHON M. L'évaluation, problème de communication. J. Weiss Ed. (p. 175 à 188), 1991.
- ↳ GENTHON M. Apprentissage - évaluation - recherche. (Genèse des interactions complexes comme ouvertures régulatrices), synthèse des travaux en vue de l'habilitation à diriger des recher-

- ches communes, soutenue en 1993. En Question, Dep. Des Sc. de l'Ed. Université de Provence Ed. Lambesc, 1997, 221 p.
- ↳ GUIMELLI C. (Coll. sous la direction de). Structures et transformations des représentations sociales. Delachaux Ed. Paris, 1994, 276 p.
 - ↳ HARVOIS Y. Le contrôle, cet obscur objet du désir. Pour n° 107, 1987
 - ↳ d'IRIBARNE P. La logique de l'honneur. Le Seuil Ed. Paris, 1989, 278 p.
 - ↳ JOBIN J.L. Trente ans d'ergothérapie au Québec. Rev. Québ. d'Erg. Vol 3, n° 4, 1994, p. 136 à 140.
 - ↳ JODELET D. Les représentations sociales. P.U.F., Sociologie d'aujourd'hui, Paris, 1989
 - ↳ JOING J.L. L'audit de la qualité dans les établissements médico-sociaux. Privat Ed. Toulouse, 1993, 117 p.
 - ↳ LERBET G. Le complexe d'Athéna, in Archives de Sciences Sociales, de la Coopération et du Développement. Collège Coopératif Paris, n° 51, mars 1980.
 - ↳ MORIN E. La complexité humaine. Recueil de textes présentés par WEINMANN H. Flammarion Ed. Paris, 1994, 380 p.
 - ↳ ORVOINE C. Savoir mobiliser ses compétences. D.E.S.S. conception et gestion d'un organisme de formation, Rennes 2, 1993.
 - ↳ PIBAROT L. Dynamique de l'ergothérapie. J. d'Ergothérapie, n° 26, 1977, p. 3 à 20.
 - ↳ REED K. Models of practice in occupational therapy. William & Wilkins Ed. Baltimore, 1984
 - ↳ RICHARD R. Les cadres ergothérapeutes en 1996. Qui sont-ils ? Que font-ils ? Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de cadres de santé en ergothérapie, Montpellier, 1996, 70 p.
 - ↳ SAINSAULIEU R. L'identité au travail. Presse de la Fond. Nat. des Sc. Politiques (Coll. "Références") Paris, 1988, 3^{ème} Ed., 476 p.
 - ↳ STEVENIN P. Les processus de changement dans l'évolution de la formation des cadres de santé. (Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Provence, Aix-Marseille 1, 1996, 315 p.
 - ↳ STIKER H.J. Corps infirmes et sociétés. Aubier Montaigne Ed. Paris, 1982. 250 p.
 - ↳ TAPIA C. Management et sciences humaines. Ed. d'organisation Paris, 1991, 186 p.
 - ↳ THIBAUT P. La communauté de responsabilité. In La société en quête de valeurs, Coll. Maxima Ed. Paris, 1996, 235 p.
 - ↳ TOSQUELLES F. Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique. Ed. du Scarabée, Paris, 1967.
 - ↳ TURLAN N. Autonomie : un concept-clé pour l'ergothérapie ? Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé, mention ergothérapie, Montpellier, 1997
 - ↳ VIAL M. Instrumenter l'auto-évaluation, contribution à la pensée complexe des faits d'éducation (thèse de l'Université de Provence en Sciences de l'Education), Aix-Marseille 1, 1991.
 - ↳ VIAL M. Dans la formation en alternance, le différentiel, un outil pour évaluer les stages. En question, cahier n° 2, Sc. de l'Ed. Aix, 1996.
 - ↳ WINKIN Y. La nouvelle communication (recueil de textes de l'école de Palo Alto), Le Seuil Ed. Paris, 1981, 372 p.

7.2. AUTRES DOCUMENTS

- ↳ C.T.N.E.R.H.I./I.N.S.E.R.M. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. P.U.F. Ed. Paris, 1988, 203 p.
- ↳ A.N.D.E.M. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris, 1994, 69 p.
- ↳ A.N.F.E. Prestations d'ergothérapie. Paris, 1995, 48 p.
- ↳ Arrêté ministériel du 28 sept. 1990, fixant le programme des études d'ergothérapie
- ↳ C.R.A.M. de Normandie. Gestion des ressources humaines. Emploi ergothérapeute. 1994 (diffusion interne)
- ↳ Décret n° 86-1195 du 21 nov. 1986, fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.
- ↳ Décret n° 96-926 du 18 août 1995, portant création du diplôme de cadre de santé, J.O. du 18 août 1995
- ↳ Dictionnaire encyclopédique de la langue française. Hachette Ed. 1993.
- ↳ E.C.C.O. Fonction du responsable de service. In Bulletin de liaison de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, n° 4, 1993.

- ↳ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Actes de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (document de travail) A.N.F.E. Ed. Paris, 1995, 48 p.
- ↳ Ministère et Bien-Etre Social du Canada. Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client. Ottawa, 1996, 75 p.
- ↳ Théo, nouvelle encyclopédie catholique. Droguet Ardant Fayard Ed. 1989.