

# CAHIER DE L'INSTITUT

## Prix et bourses FEHAP 2010-2012

### Une analyse des travaux encouragés par la FEHAP pour une appropriation par les établissements et services

**Mathieu Elgard,**

Formateur et chercheur à la FEHAP

**Au seuil de la troisième année d'exercice des Prix et Bourses de la FEHAP, alors que sont arrivées à échéance les premières bourses de recherche, nous revenons sur l'ensemble des travaux soutenus et quelques enseignements à en tirer.**

Un premier constat s'impose : la diversité, sinon l'hétérogénéité, des travaux distingués. Variété de niveau entre des mémoires de Master et des projets de recherche pilotés par des laboratoires universitaires. Variété disciplinaire, depuis le droit jusqu'à la sociologie en passant par l'économie, les sciences de gestion, ou encore les sciences politiques. Variété d'objectifs : certains décrivent, d'autres proposent et d'autres encore visent à transformer. Variété des échelles choisies : Union européenne, échelons administratifs, secteur social, établissement, service, équipe, professionnels et usagers singuliers. Variété des thèmes, enfin : le territoire de santé, la fin de vie, les outils de gestion et de pilotage hospitalier, la place du croyant à l'hôpital, l'élaboration de représentations partagées dans un SAMSAH, l'enjeu européen pour le PNL.

Certes, cette variété tient pour partie à la nouveauté de ces Prix et Bourses de recherche FEHAP qui a rendu quelque peu aléatoire le recrutement de candidats. Sans doute tient-elle également à l'ouverture retenue dans la formulation de l'appel à projets. Mais peut-être serait-il judicieux d'y voir un reflet, ou un témoin, de la variété des intérêts et des questions agitant les organisations PNL et la FEHAP, en particulier.

3 Prix et 3 bourses de recherche, donc.

### **Commençons par les Prix**

**Bénédicte Darde** explore, sous l'angle juridique, la notion de territoire appliquée à la santé avec, en ligne de mire, les changements attendus de la Loi HPST. C'est tout d'abord à la multiplicité des usages du territoire dans le domaine-même du droit qu'elle nous confronte (selon qu'il se veut international, civil, ou encore administratif). S'en dégage une ligne de force, le long de l'alliance entre droit, Etat et territoire - alliance historique typiquement européenne, sinon française au demeurant : la loi HPST s'inscrit en plein dans cette tradition pour laquelle le territoire est l'espace, défini juridiquement, sur lequel s'exerce le pouvoir de l'Etat

(son « *dominium* »). La région, montre-t-elle, devient un « *territoire de santé* » par décret : par la volonté au niveau national, à partir des années 1990, d'en faire l'échelle pertinente des politiques hospitalières, puis sanitaires et ce, dans un souci notamment de rationalisation économique et administrative. Pourtant, cette domination d'un usage juridique particulier n'est pas un monopole. C'est là tout l'intérêt du travail de Bénédicte Darde que de nous emmener en parallèle sur les chemins d'un autre usage, parfois concurrent du premier, plaçant en son cœur la notion de peuple. Le territoire devient alors le lieu de « *l'auto-détermination* », autrement dit le lieu d'exercice de sa liberté par une population, notamment sa liberté par rapport à la santé. Le territoire pertinent, dans cet usage, n'est pour ainsi dire plus défini « *d'en haut* » mais « *d'en bas* » : expression spatiale de la « *démocratie sanitaire* » de 2002 et des besoins de santé (auxquels aussi la loi HPST fait une place, même malaisée) mais également - et c'est plus surprenant - de l'appréhension des territoires de santé par la Commission européenne.

Les multiples points de collision entre ces deux perspectives juridiques sont l'occasion pour l'auteur de pointer un au-delà du droit pour comprendre la notion de territoire. Ou plutôt, de nous faire sentir comment le droit s'essaye à intégrer – difficilement - des enjeux relevant de la géographie, de la sociologie et de l'économie (proximité et accessibilité des soins, inégalités territoriales, rationalisation des coûts), de la science politique (gouvernance du système de santé entre décentralisation et déconcentration), voire de la géopolitique (convergence européenne des systèmes sanitaires entre mise en concurrence et harmonisation).

**Coraline Dufour** s'interroge sur la place que réserve le droit français (public et privé) au croyant à l'hôpital. Elle se livre aussi à quelques comparaisons bienvenues avec le champ médico-social, en EHPAD notamment. Elle tente d'approcher ainsi la question épineuse de la laïcité face à l'irruption dans le champ sanitaire et médico-social d'attitudes religieuses davantage revendicatives et « *voyantes* » qu'auparavant. Elle compare ainsi la manière dont le droit encadre, d'une part, le professionnel-croyant, d'autre part, l'usager-croyant, pour conclure que le second se voit reconnaître davantage de latitude que le premier au nom du service public. En distinguant avec constance les statuts public et privé (selon qu'ils sont, en outre, à but lucratif ou non), elle nous permet de comprendre comment la notion de laïcité se décline juridiquement en s'articulant concrètement aux principes sous-jacents d'égalité de traitement, de non-discrimination, de neutralité et d'ordre public. Elle nous permet (aux directeurs, notamment) de trouver les notions sur lesquelles appuyer une régulation fine et juridiquement fondée (dans un règlement de fonctionnement, par exemple) des croyances et comportements religieux dans le quotidien des établissements. Et elle en surprendra peut-être certains en montrant que les différences entre public et privé sont, à la réflexion, bien moins importantes dès lors que s'exercent d'un côté l'idée de service public de la santé et de l'autre celle de la spécificité des lieux de soin, hygiène et sécurité, notamment.

**Badia Wadim-Jabrane**, en s'appuyant sur une observation de terrain dans un service d'oncologie de la périphérie parisienne, étudie les difficultés et les ressources de soignants confrontés au double enjeu de l'accompagnement de la fin de vie de patients issus de cultures étrangères et d'un milieu défavorisé. Elle observe comment se déroulent des consultations médicales. Comment sont (mal) informés des patients qui, pour certains, ne parlent pas ou peu le français et, pour d'autres, sont en situation très précaire. Elle nous décrit ensuite les dispositifs imaginés pour y faire face (collaboration avec des représentants des cultes, médiation sociale). Et elle nous restitue enfin les réflexions de professionnels confrontés à ces difficultés : le manque de formation, les silences ou les duretés de la loi, la complexité des situations, la particularité de la fin de vie au sein du monde médical. On y (re)découvre l'importance du travail d'équipe, la nécessité de l'ajustement constant, le poids des attitudes personnelles chez les professionnels (entre les médecins et les autres, notamment), mais aussi le besoin de soutien et de repères clairs pour les soignants eux-mêmes. On y entrevoit surtout la part de l'engagement des professionnels, entre valeurs et contraintes.

### **Les Bourses de recherche, maintenant**

**Cédric Routier et Agnès D'Arripe** restituent une expérience d'application de la méthode MAG (Méthode d'Analyse en Groupe) à l'équipe d'un SAMSAH récemment constitué. Ils décrivent l'émergence d'une réflexion collective qui, née d'un questionnement sur la notion d'accompagnement dans la part respective faite au sanitaire et au social, de la place de l'utilisateur, s'est emparée du thème du travail en équipe. Sur la base de mini-récits proposés, puis sélectionnés en groupe par les participants, les chercheurs vont ensuite proposer à ces derniers une analyse thématique des concepts et enjeux relevés dans le récit retenu. Analyse commentée et amendée à son tour par les participants. Enfin, des apports théoriques en lien avec les thèmes dégagés leur seront présentés (hypothèse de communication paradoxale, modèles d'accompagnement, types de « contrat » passé avec l'utilisateur, etc.) et soumis à leur réflexion.

Au cours de deux sessions, la MAG permet d'organiser un va-et-vient entre expérience professionnelle, réflexion collective, modèles théoriques et valeurs (plus ou moins) communes. Elle permet surtout, en multipliant les registres et les niveaux de discussion : compte-rendu d'expérience, « plaidoyer », vote, analyse thématique à distance, propositions de modèles, commentaires de praticiens, interprétations, hypothèses, échanges entre participants, etc., de faire émerger une *communauté de pensée* (qui n'exclut pas certains désaccords persistants) en faisant fond sur les savoirs-mêmes des participants. Une méthode éminemment participative faisant le pari de l'intelligence des professionnels et s'en trouvant au final payée de retour par la qualité des échanges tout en acceptant de se laisser guider par le fil de leurs réflexions. La méthode en devient ainsi constructrice : d'une équipe, de valeurs partagées, d'objectifs communs.

Plus technique et ancrée dans d'autres références théoriques, la recherche de **Pierre Mevellec**, significativement, n'en appelle pas moins, elle aussi, à une forte

composante participative. Prenant acte de la relative inadéquation des outils de gestion publics (Etude Nationale des Coûts à Méthodologie Commune : ENCC, notamment) à la situation des hôpitaux Privés Non Lucratifs, il a lancé, en collaboration avec une clinique SSR FEHAP, un projet de construction d'un modèle spécifique qui soit en même temps un outil de gestion et un outil de pilotage de l'établissement. Les premiers résultats ont été appliqués à l'utilisation du « plateau médico-technique » (activités de kinésithérapie, ergothérapie et balnéothérapie).

Associant étroitement à cette élaboration professionnels de la gestion (universitaires et praticiens) et professionnels du soin, il se propose à la fois de représenter plus fidèlement la réalité des établissements PNL (en commençant par la répartition de leurs coûts) et de permettre à tous les professionnels de s'approprier la dimension économique aujourd'hui incontournable du soin. Un mot sur ses références théoriques nous permettra de mieux saisir l'ambition et la particularité de sa démarche. La notion centrale « d'objet-frontière » est un concept nous venant de l'histoire et de la sociologie des sciences, en passant par celles de l'économie et des organisations. Elle vise à décrire des « objets » (des schémas, des tableaux de bord, des comptes de résultats, par exemple) articulant entre eux des domaines d'expérience hétérogènes (comme, ici, la gestion et la médecine) tout en gardant à chacun sa spécificité. L'idée est que ces « objets » peuvent être traduits différemment de chaque côté de la « frontière » mais qu'ils autorisent les passages à travers celle-ci. Bref, qu'ils relient en séparant... La vertu première d'un objet-frontière, selon l'auteur, est de permettre une « coopération sans consensus ». Il ne s'agit pas de convertir des médecins en gestionnaires, ni des gestionnaires en médecins. Chaque profession conservant sa logique propre, des informations doivent être trouvées respectant leurs interprétations et leurs besoins respectifs tout en offrant une base de dialogue partagé (un exemple en est le nombre d'actes en kinésithérapie selon l'unité médicale prescriptrice : indice d'activité fidèle du côté médical, indice de coût simplifié du côté gestionnaire). Notons également que le travail de construction de ces objets-frontières permet aux participants de confronter et d'explicitier leurs appréhensions différentes du fonctionnement réel de l'établissement, sans que les unes s'imposent aux autres. L'hypothèse la plus audacieuse de Pierre Mevellec est que, ce faisant, il devrait être possible de faire avancer d'un même pas une logique d'approfondissement des métiers de l'hôpital et une logique, transversale, de dialogue de gestion autour de missions définies en commun. Si la première se veut respectueuse des valeurs du soin et de l'éthique propre à chaque profession, la seconde veut prendre acte du nouvel environnement stratégique s'imposant aux établissements. Les prolongements à venir de son enquête nous diront si cette ambition est tenable.

**Luc d'Oliveira** se propose d'explorer l'impact de la construction européenne sur les secteurs social et médico-social jusque-là relativement protégés. Partant des directives sur les services élaborées à Bruxelles (ce que l'on appelle le « paquet Monti-Kroes ») et d'éclairages sur les expériences de pays frontaliers, il travaille à l'élaboration d'un modèle économique permettant aux associations françaises d'intégrer stratégiquement cette nouvelle donne. En commençant par le dépouillement d'une bibliographie abondante et très diverse (juridique,

sociologique, économique, institutionnelle), prolongée par des entretiens auprès de dirigeants du secteur, Luc d'Oliveira pense pouvoir proposer une analyse du cadre européen en voie de construction - concurrentiel et régulé - qui devrait permettre, c'est là tout l'enjeu, de s'y préparer. Nous changeons-là radicalement d'échelle par rapport aux travaux précédents : d'une part, l'auteur nous ouvre à une géographie débordant du cadre traditionnellement localisé (régionalisé en partie depuis 2009) dans lequel nous pensons la vie des ESSMS pour l'étendre aux dimensions d'un marché-continent ; d'autre part, il compte nous projeter dans un horizon temporel de, sans doute, quelques décennies (son hypothèse que nous nous trouvons au seuil d'un nouveau cycle socioéconomique pour le PNL). Mais il nous promet également des pistes de réflexion sur des enjeux que ce nouvel environnement nous a déjà rendu sensibles : la question des coopérations par exemple, le rôle décisif que pourraient jouer-là les fédérations et représentations de l'économie sociale au niveau national, ou encore la voie qu'il qualifie de « *marketing social* ».

## Résonances

Si chacun de ces travaux présente le mérite de creuser méthodiquement son sillon particulier (thématique et disciplinaire), leur mise bout à bout laisse apercevoir des convergences et des recoupements intéressants. Voici quelques-unes de ces résonances qu'il vaut la peine d'écouter attentivement.

### **Culture(s) et religion(s) à l'hôpital : l'impossible neutralité**

La plus évidente, tout d'abord : la religion à l'hôpital. Thème d'importance pour la FEHAP tant celle-ci continue de s'imprégner d'influences religieuses. La réflexion de **Coraline Dufour** semble intimement tiraillée entre la sérénité promise par l'encadrement juridique de l'expression des croyances religieuses dans un établissement de santé et les multiples pressions que soignants et usagers font peser quotidiennement sur ce cadre. Le principe de laïcité préside à ce bel ordonnancement théorique (de manière stricte pour les établissements relevant du service public, de manière plus souple pour ceux n'exerçant pas de mission de service public), au sein duquel le croyant voit sa liberté d'expression bornée par ces deux exigences fortes de neutralité et d'égalité.

Pourtant, la déduction juridique se voit constamment ébranlée par l'épreuve des faits. En l'occurrence, Coraline Dufour renvoie aux multiples manifestations de croyances et de pratiques qui, de la part de soignants comme de patients et de leur famille, font craquer le vénérable édifice de la laïcité. On en ressort avec le sentiment inconfortable que, si la doctrine juridique de la laïcité (telle que présentée dans l'introduction) semble sur ce sujet bien sûre d'elle-même, la société, elle, se refuse de plus en plus à ses solutions. Si nous devons identifier un point de basculement, sans doute faudrait-il le situer dans l'affirmation sociale puis juridique - dans la loi dite Kouchner de 2002 - des droits du patient dont fait partie la liberté religieuse. Pour le résumer d'une formule, il s'agirait du passage d'une *liberté négative* (le « *mur de séparation* » entre les religions et l'Etat, la protection des citoyens contre toute religion d'Etat par le principe de neutralité) à une *liberté positive* (le droit pour chacun de pouvoir pratiquer sa religion, quelle qu'elle soit,

au besoin en se faisant aider). La perspective s'en retrouve bouleversée : là où la tâche était de *vider* l'espace public (l'hôpital exerçant une mission de service public en l'occurrence) de toute référence religieuse, la difficulté est aujourd'hui de savoir jusqu'où l'on permet aux citoyens (professionnels ou non) de *remplir* cet espace de leurs convictions, signes et pratiques religieux.

Ce n'est pas le moindre des mérites du travail de Coraline Dufour que de nous rendre sensibles les hésitations de la jurisprudence sur ce point mais également ses points d'appui. Citons, entre autres, les principes de non-discrimination et de non-entrave au bon fonctionnement du service parmi les points d'appui. Le refus de soin en situation d'urgence vitale est, lui, emblématique des hésitations de notre droit, penchant tantôt du côté du libre choix du patient et de lui seul, tantôt du côté du devoir du médecin de sauvegarder la vie. Par ricochet, c'est la posture professionnelle de neutralité qui se voit à son tour ébranlée. Des séjours de plus en plus longs et l'ambition affichée d'un accompagnement de plus en plus « *global* » des personnes rendent difficilement tenable l'ignorance *stricto sensu* de la dimension religieuse dans les lieux de soin. Celle-ci n'en devient-elle pas, dans certains cas, un objet-même de soin ?

Le travail de **Badia Wadim-Jabrane** est en quelque sorte une réponse. Que se passe-t-il « *sur le terrain* » lorsque la neutralité laïque paraît impuissante à inspirer le « *soin* » ? Lorsque la nature-même du soin à prodiguer (ici, les soins palliatifs) ne prétend plus guérir mais accompagner et lorsque le destinataire du soin n'est parfois ni un simple individu (une infirmière estime que « *en France, à trop vouloir respecter le principe d'autonomie du patient, on passe à côté des volontés du malade qui pense qu'en groupe [sic], comme les Africains* »), ni même un citoyen (certains patients sont en effet étrangers ou en situation de séjour irrégulier) ? **Coraline Dufour** détaille l'exemple classique de la transfusion sanguine et des Témoins de Jéhovah. Là, l'urgence vitale et le caractère « *aigu* » de la situation (relevés par la jurisprudence) semblent encore préserver l'intervention médicale de tout accommodement culturel ou religieux pour ne laisser face à face qu'un être humain en détresse (presque réduit à son seul corps) et un soignant répondant à son obligation de soin. Les situations que nous décrit **Badia Wadim-Jabrane**, elles, vont à l'inverse rendre opaque le face à face. Trop de barrières s'interposent entre soignant et soigné, celle de la langue, de la culture, des pratiques religieuses, du statut social, de la précarité, etc. Jusqu'à la douleur dont l'expression obéit à des codes étrangers...

La neutralité empêcherait-elle alors d'aller chercher le patient pour l'amener au soin qu'il faudrait se faire d'abord anthropologue pour pouvoir, ensuite, redevenir soignant : s'informer des rites, se trouver des informateurs et des médiateurs (un membre de la famille, un traducteur, un aumônier, un imam), négocier des accommodements (présence de l'entourage, passer la main, etc.), pratiquer la communication non verbale. Le maître-mot ici est « *débrouille* ». D'autant que le service étudié par Badia Wadim-Jabrane n'a jamais reçu pour ses équipes de formation particulière à l'accompagnement aux soins palliatifs...

**Se trouver une équipe...**

Alors, oui, les professionnels bricolent et s'organisent. Avec des réussites et des ratés. Peut-être est-ce dû aux hasards de l'enquête de terrain ou l'auteur n'est-il pas totalement équitable, mais les manquements semblent, à la lire, plutôt du côté des médecins (informations non ou mal délivrées, annonces bâclées, mensonges, écoute défaillante, irrespect) et les bricolages astucieux, les efforts d'ajustement, davantage du côté des infirmiers et aides-soignants. **Badia Wadim-Jabrane** insiste sur le rôle décisif que jouent à cet égard l'équipe (comme lieu d'apprentissage, de parole, de soulagement aussi), la proximité sociale (beaucoup de soignants ont grandi et vivent sur le même territoire que les patients) et la collaboration avec des « *personnes-ressources* » (médiatrice en santé publique, aumônerie, entourages). Doit-on en conclure que c'est précisément le recours à ces ressources qu'interdirait le modèle de la « *suprémie médicale* » ? Et que s'expliqueraient ainsi ses ratés ? Sans doute Badia Wadim-Jabrane penche-t-elle dans ce sens lorsqu'elle oppose des médecins incapables de se sortir de leur « *rôle utilitariste* » hérité de l'approche curative et des paramédicaux sensibles à une approche globale du patient informée par une éthique du « *care* ».

L'importance du travail d'équipe, la part de l'informel dans son organisation quotidienne et ce que nous devinons de l'importance en son sein des représentations partagées font immédiatement signe vers la recherche menée par **Cédric Routier et Agnès d'Arripe** avec l'équipe d'un SAMSAH du nord de la France. Recherche stimulante et rigoureuse en même temps qui parvient à nouer ensemble visée de connaissance, visée participative et visée de construction d'une identité professionnelle, sans pour autant les confondre grâce à une méthodologie baptisée Méthode d'Analyse en Groupe (MAG).

Le rapport des deux chercheurs nous met littéralement sous les yeux un groupe au travail aux deux sens du terme : une équipe de professionnels élaborant ensemble une conception du *travail collectif* ; les membres d'un service récemment créé, pluri-professionnel, qui se constituent en un véritable *collectif de travail*. Guidés, sollicités, aiguillonnés parfois par les deux chercheurs, les participants se livrent ainsi à une réflexion souvent passionnante sur « *ce que c'est que travailler en équipe* » à partir d'histoires vécues par eux et proposées à leurs collègues (c'est le récit d'une « *pause-café* » qui sera retenue au final). Sans revenir sur tous les détails de la MAG, deux points méritent notre attention :

- d'abord, la méthode repose en premier lieu sur la production de mini-récits par les professionnels, ensuite soumis à la discussion et à la réflexion en vue d'en retenir un seul pour analyse. Nous sommes ainsi d'emblée au cœur de quelques spécificités de l'activité de soin et d'accompagnement. Au croisement du « *cas clinique* » et de « *l'éthique narrative* », ces récits - parce qu'ils sont des *récits* - peuvent faire tenir ensemble les fils enchevêtrés du « *travail sur autrui* », de l'identité professionnelle partagée, de la complexité des situations, de la pluralité et du flou caractéristiques des missions médico-sociales, de la temporalité propre à l'activité d'accompagnement, de l'intrication entre dimensions formalisées et celles difficilement formalisables du « *prendre soin* ». Quelque chose de la texture propre de l'expérience professionnelle dans nos secteurs est ainsi préservé (peut-être cela contribue-t-il à l'implication dans la MAG ?) permettant en retour une libération

ultérieure des interprétations et des questionnements. On sent d'ailleurs à la lecture que cette qualité propre au récit continue d'irriguer les étapes plus analytiques de la démarche, ouvrant les participants à leurs ressources critiques propres, organisant un va-et-vient constant entre distance théorique et ancrage pratique

- ensuite, la MAG paraît particulièrement propice à l'émergence d'une réflexion sur l'identité d'un groupe de professionnels dans la mesure où elle combine habilement des moments « *substantiels* » (sur les décisions, les valeurs, les apports théoriques des chercheurs) et des moments « *procéduraux* » (livrés en quelque sorte à la seule efficacité des règles que suit la discussion). Sans doute la qualité de la restitution y joue-t-elle pour beaucoup, mais, à la lecture, on sent bien que s'affine et s'enrichit progressivement la compréhension que des professionnels acquièrent de leur identité commune autant par l'échange sur les valeurs et les modèles de l'accompagnement que par le seul fait d'échanger sur ces questions. Au final, on en ressort avec l'impression (partagée semble-t-il par les participants) d'avoir avancé, sans avoir forcément eu à trancher dans le vif, sur des points difficiles.

Nous pouvons en tirer un enseignement pour l'accompagnement des personnes et pour le management des équipes : en cas de désaccord raisonnable, ou de conflit honorable, il est parfois judicieux de ne pas trancher mais, au contraire, de faire vivre le désaccord et le conflit en les explicitant et en permettant aux parties prenantes d'en enrichir ou d'en déplacer les termes.

Cela suppose dans le même temps de leur laisser une certaine autonomie dans la manière de s'organiser et de fixer leurs priorités (ce que les participants décrivent comme la part nécessaire de « *créativité* » et de « *spontanéité* » dans leur travail). La « *pause-café* » est exemplaire car sans contenu institutionnel défini. Une sorte « *d'objet-frontière* » dans les termes utilisés par **Pierre Mevellec**, entre temps de travail et temps de repos. Ce qui permet aux professionnels de l'investir de significations très différentes et d'en faire un usage varié, selon les besoins du moment et les occasions (dossiers en cours, personnes présentes, etc.). Nous comprenons mieux alors leurs réactions face à l'une des hypothèses des chercheurs quant à la structuration de leur service vers un fonctionnement plus formalisé et « *routinier* » : elles sont, au mieux, mitigées. Les uns se félicitant de plus de clarté et de sécurité des actions communes, les autres craignant une entrave à la souplesse nécessaire de l'accompagnement.

On devine que le même genre de dynamique doit être à l'œuvre dans le service étudié par **Badia Wadim-Jabrane**, dans un contexte certes différent.

### **De l'utilité de la « coopération sans consensus »**

Peut-être l'idée de « *coopération sans consensus* » de **Pierre Mevellec** décrit-elle le mieux ce qui se cherche dans ces trois structures (le service d'oncologie, le SAMSAH et la clinique SSR). Chacun semble traversé de conflits et de désaccords mais, en même temps, en quête d'objectifs communs et d'unité d'action (sinon de valeur). Chacun est le théâtre d'une mutation des habitudes institutionnelles et d'une relative défaillance des façons de faire héritées. Chacun, enfin, reflète un



environnement complexe en ce sens que doivent s'accorder des acteurs, des enjeux et des logiques hétérogènes. Ce sont les travaux de **Pierre Mevellec et de Badia Wadim-Jabrane** qui le montrent le plus clairement, le premier avec la confrontation des logiques médicale et gestionnaire, la seconde en décrivant la divergence entre médecins et paramédicaux. Le rapport de **Cédric Routier et Agnès d'Arripe** laisse pourtant, lui aussi, lire entre ses lignes des traits similaires (qui tournent autour du poids de la culture sanitaire dans un service médico-social). Comment, à chaque fois, se fraye-t-on la voie vers une « coopération sans consensus » ? Qu'est-ce qui, dans chacun des contextes, joue le rôle « d'objet-frontière » ?

Prenons pour guide les indications de **Pierre Mevellec**, chez qui ces notions sont explicitées : « (...) *en vitesse de croisière, ce qui importe ce n'est plus la définition d'un cap mais de favoriser la tension entre les différentes logiques internes à l'organisation de manière à faire émerger de nouvelles pistes de réflexion et d'action nécessaires à la dynamique organisationnelle. Dans ce contexte, la coopération reste évidemment capitale, mais le consensus n'est plus requis* ». Concrètement, cela consiste à « proposer à chacun une représentation et une restitution en accord avec sa propre représentation au sein de l'organisation, représentation suffisamment riche pour que les objectifs des gestionnaires puissent également être satisfaits ». Il s'agit alors de « trouver un cheminement formalisé par des tableaux, des schémas, une solution permettant aux professionnels de faire valoir l'extrême variété de leurs prestations, et aux gestionnaires de capter cette richesse de la manière la plus simple possible ». Lors du travail mené dans la clinique SSR, seront élaborés notamment la variable du nombre d'actes de kinésithérapie (la même en fait que dans le modèle de l'ENCC mais avec un contenu totalement différent parce que rapportée à l'unité médicale d'origine du patient et assortie d'un coefficient), ou encore par le couplage d'un tableau de bord technique par GHM et d'un compte de résultats par unité médicale. Ainsi, « les informations (...) utilisées par les médecins et les gestionnaires seront interprétées de manière très différente dans les deux champs d'analyse tout en permettant aux deux communautés de dialoguer utilement sur les résultats de la clinique ».

La MAG conduite par **Cédric Routier et Agnès d'Arripe** semble se couler aisément dans cette description (l'aspect gestionnaire en moins). Les cadres du SAMSAH, constatant la difficulté à faire s'accorder culture sanitaire et appropriation d'une culture médico-sociale (accompagnement sur le long terme, projet de vie), attendaient des chercheurs qu'ils aident à l'élaboration d'un « projet commun de prise en charge, sous le prisme de ces valeurs [médico-sociales] et d'un cadre commun ». Ils espéraient ainsi pouvoir « introduire l'usager : ses attentes et ses valeurs (...) ». Nous devinons bien en creux l'absence de consensus sur « un socle de référence » et des interprétations divergentes de ce que devrait être l'accompagnement de la personne en situation de handicap entre professionnels de culture sanitaire et professionnels de culture sociale (mais peut-être également d'avec les membres de l'encadrement). Significativement, parmi les thèmes proposés aux futurs participants (7 thèmes dont 2 dédiés à l'équipe, contre 3 dédiés aux personnes accompagnées, 1 à la notion d'accompagnement et 1 à la spécificité du SAMSAH) pour leurs récits, ceux-ci choisirent : « un récit qui révèle

ce que c'est que travailler en équipe ». Premier déplacement, donc, par rapport à la commande initiale. Premier candidat, peut-être, au statut d'objet-frontière, de « restitution [à chacun] en accord avec sa propre représentation au sein de l'organisation » : c'est quoi une équipe en contexte pluri-professionnel ?

La MAG et l'habileté des deux chercheurs vont permettre de construire ce « cheminement formalisé », à base de récits, d'interprétations, d'hypothèses et de modèles théoriques, afin d'enrichir le thème choisi jusqu'à retrouver en partie les termes de la commande initiale (la place de l'utilisateur et l'accompagnement) mais en partant bien de « ce que les acteurs des ateliers disent de ce qu'ils font ». Au final, le groupe dispose d'un matériau suffisamment riche pour autoriser « l'émergence des pistes de réflexion et d'action nécessaires à la dynamique organisationnelle » (le rôle du référent, la notion d'accompagnement et celle, coextensive, d'implication de l'utilisateur, la place des échanges informels) sans qu'un consensus ait, semble-t-il, été construit sur un « socle de référence pérenne ». On n'en a pas moins le sentiment que, en cours de route, une équipe s'est trouvée.

Qu'en est-il du service étudié par **Badia Wadim-Jabrane** ? Pourrait-on y envisager un travail comparable aux recherche-actions conduites dans le SAMSAH et la clinique SSR ? Son mémoire lui-même pourrait-il constituer le départ d'un tel « cheminement » ? Certes, il y manquerait la dimension participative et constructive, malgré une large restitution de paroles de soignants. Mais ce n'était pas là son statut. Plus rédhibitoire, peut-être, serait sa manière de rendre la perspective des médecins : on ne les entend pas « dire ce qu'ils font » ! Ni réagir à la manière dont leur travail est représenté ! D'où la difficulté à les imaginer s'engageant dans une telle démarche de condamnation de leur « suprématie ».

Les points d'appui, pourtant, ne font pas tous défaut. Des médecins se sont, après tout, prêtés au jeu de l'observation, autorisant la présence de l'enquêtrice lors de leurs consultations. Peut-être y a-t-il, derrière, l'aval de la direction ou de la chefferie de service, sinon son impulsion, dont on saisit l'importance sur les deux autres terrains ? Le service s'est ouvert à des ressources externes et à des collaborateurs inhabituels car non soignants : on devine, certes, à l'œuvre une variante du « modèle binaire », tel que défini par **Cédric Routier et Agnès d'Arripe** (le médical d'un côté, le reste : le « social », de l'autre) mais qui pourrait évoluer vers des formes plus compréhensives. Surtout, l'équipe paramédicale, elle, semble avoir inventé pour son propre compte un tel « cheminement » auquel manquerait seulement l'aspect « formalisé ».

On se prend alors à rêver pour ce service d'une MAG sur le thème du soin, de l'information, ou encore de l'accompagnement. On imagine ce que produirait, à la manière de **Pierre Mévellec**, un chantier de formalisation du soin apporté prenant pour prétexte, non l'impératif gestionnaire, mais le principe de qualité et la certification. Pourquoi pas avec la participation d'utilisateurs ? Quels seraient ces « objets-frontière » et ces « pistes de réflexion et d'action » émergeant d'un travail sur le soin « quand il n'y a plus rien à faire » ou l'information en situation de communication réduite ? S'il y a bien une conclusion que l'on peut tirer, c'est qu'il reviendrait aux acteurs de le définir en grande partie par eux-mêmes.

## Ouvertures

Ces travaux sont, pour certains, encore en devenir. Nous attendons de lire **Luc d'Oliveira**. **Cédric Routier et Agnès d'Arripe** prolongent leur collaboration avec le SAMSAH et travaillent - enfin - de front la question de la place des usagers et de leurs représentations. **Pierre Mévellec** continue, lui aussi, son chantier de construction d'un modèle de gestion alternatif.

Les connaissances apportées par **Badia Wadim-Jabrane, Bénédicte Darde** et **Coraline Dufour** demanderont, elles aussi, à être complétées : confrontées à d'autres études de cas, étayées par la jurisprudence, documentées par l'expérience variée des ESSMS.

Mais ce que l'on peut attendre des travaux à venir est peut-être davantage qu'ils nous permettent de relier plus étroitement ces problématiques et cette connaissance à la réalité des pratiques professionnelles quotidiennes. Qu'ils nous indiquent dans quelle mesure tout cela fait une différence, ou non, pour les personnes accompagnées. Qu'ils nous permettent d'apprécier à cette aune la spécificité - si elle existe - du secteur PNL (le travail de **Luc d'Oliveira** est à cet égard très attendu). Qu'ils fournissent, finalement, aux établissements et services PNL des repères stratégiques d'amélioration et d'innovation.

Risquons-nous tout de même à une forme de conclusion provisoire.

Plus que jamais, l'environnement au sein duquel évoluent les adhérents de la FEHAP est complexe, mouvant, contradictoire parfois. Nos organisations, elles aussi, se complexifient et s'alourdissent pour faire face à de nouvelles demandes. Cet état de fait rend donc davantage pressant le besoin d'une connaissance fine des forces à l'œuvre. C'est là tout l'enjeu de ces prix et bourses : susciter et mettre à disposition des professionnels des éléments de ce savoir indispensable à l'action. Mais sans doute faut-il aller plus loin en favorisant la mise en lien et l'appropriation de cette connaissance. C'est là l'idée du réseau de chercheurs dont s'est dotée la FEHAP.

Un exemple : la notion de territoire. Si **Bénédicte Darde** l'explore sous l'angle juridique, elle ne manque pas de faire signe vers d'autres savoirs disciplinaires, en citant par exemple **Emmanuel Vigneron**, dont les travaux de géographe sont aujourd'hui bien connus à la FEHAP. Elle pointe également ce que l'Europe peut changer à notre façon d'envisager le territoire de santé. Là encore, les travaux de **Luc d'Oliveira** devraient nous apporter matière à réflexion. Et un Congrès se prépare à Strasbourg sur ce thème... Elle nous permet surtout d'envisager que, ce qui compte en définitive, ce sont les usages du territoire et que la notion juridique elle-même autorise une variété de ceux-ci. Nous en saisissons l'importance à la lecture de **Badia Wadim-Jabrane**, où le territoire devient presque un personnage à part entière de la pièce qui se joue. Et nous en devinons les variations possibles quant aux autres travaux. Territoires professionnels, territoires organisationnels,

« *mur de séparation* » entre la religion et l'Etat, territoires des usagers (leur place, leurs privautés), etc.

Nous sommes ramenés à la complexité et à la nécessité pour chacun de se l'approprier. Usagers, professionnels du soin et de l'accompagnement, dirigeants, tous sont confrontés à cette question des frontières, de la manière d'habiter sa portion d'espace, de la défendre et de la partager.

Un mot peut-il espérer résumer ce foisonnement d'analyses, d'observations, de théories et de savoir-faire ? Nous proposerons celui de *diplomatie*. Un art d'accommoder le temps, l'espace et les réalités humaines. Sans doute les travaux de **Pierre Mevellec, Cédric Routier et Agnès d'Arripe** doivent-ils beaucoup de leur efficacité à leurs talents de diplomates. Et peut-être les établissements et services PNL, de par leur nature pluraliste, ont-ils là quelque chose à enseigner et faire valoir...