



HAL
open science

Coordination et coopération entre professionnels et avec les usagers, une mise en ordre théorique et pratique à partir de l'exemple du secteur médico-social

Philippe Mazereau

► To cite this version:

Philippe Mazereau. Coordination et coopération entre professionnels et avec les usagers, une mise en ordre théorique et pratique à partir de l'exemple du secteur médico-social. Coordination et collaboration : contraintes et opportunités dans le développement des compétences partagées, A paraître. hal-02436426

HAL Id: hal-02436426

<https://hal.science/hal-02436426>

Submitted on 13 Jan 2020

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

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

Coordination et coopération entre professionnels et avec les usagers, une mise en ordre théorique et pratique à partir de l'exemple du secteur médico-social

Philippe Mazereau, Professeur émérite, Normandie Univ, UNICAEN, CIRNEF, 14000 Caen.

Introduction

Les évolutions du travail ainsi que le développement des activités des services médico-sociaux ont généré d'importantes transformations au centre de gravité desquelles on trouve l'augmentation des besoins de coordination entre professionnels autour d'une situation. Le recours à la sous-traitance, l'expansion des activités de services, le management par projet tendent aujourd'hui à multiplier les occasions où les opérateurs doivent se coordonner. Ces changements s'inscrivent dans un contexte de mutations sociales caractérisées par une accumulation des sollicitations liées à l'usage des technologies de l'information et de la communication (courrier électronique, smartphones...), et un développement de la multi activité associé à un relatif morcellement des tâches. Dans les champs sanitaire et médico-social, la transition d'une logique d'établissement à celle de dispositif, reposant sur une individualisation accrue des interventions, concourt à l'émergence de nouveaux besoins de coordination. Il en résulte une augmentation des partenaires impliqués et partant de la nécessité d'information mutuelle, de partage de décision, d'élaboration d'objectifs communs. Notre objectif est ici de faire le point sur les conséquences de ces évolutions dans le champ de l'accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap. En effet, depuis la loi de 2005 qui a établi le principe de la scolarisation des élèves handicapés, ce secteur est caractérisé par une augmentation considérable des effectifs d'élèves bénéficiant d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS). Ce dernier est défini par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) afin d'organiser la scolarité en lien avec les interventions sociales, médico-sociales et sanitaires selon les besoins de la situation¹.

Nous nous appuyons sur quelques-uns des enseignements d'une recherche récente sur la coordination des parcours des personnes en situation de handicap (Mazereau et Guirimand dir. 2015). Notre argumentation suivra le chemin d'une analyse multiniveau (Mazereau 2015) : après avoir présenté le contexte macro-social des évolutions en cours, nous discuterons différentes approches théoriques des notions de coordination et de coopération et leurs actualisations organisationnelles dans le secteur médico-social, dans son rôle d'interface avec les secteurs de l'éducation, du sanitaire et du social. Enfin nous nous approcherons des pratiques effectives des acteurs en commentant certains résultats de recherche, lus comme le reflet des problématiques qui traversent actuellement le secteur, pour dégager les diverses configurations que peut prendre l'articulation coopération/coordination dans le travail des professionnels et des familles d'enfants handicapés.

¹ Les effectifs d'élèves handicapés scolarisés en classe ordinaire sont passés de 133838 à 259941 soit une augmentation de 94% depuis 2004. Source DEPP ministère de l'éducation nationale.

Les caractéristiques d'une nouvelle donne

L'usage quasi anthropologique du concept de coordination comme « le rapport de l'acteur avec lui-même dans un environnement où il doit coordonner sa propre conduite » (Thévenot, 2006, p. 13), est ici laissé de côté, pour nous en tenir à son maniement en tant que concept empirique (Godelier, 1984). Pour ce dernier, il s'agit de s'appuyer sur la pluralité des réalités rassemblées sous l'usage des termes -en l'occurrence le couple coordination/coopération- pour effectuer un travail de discrimination théorique susceptible d'éclairer en retour les situations qu'il désigne dans le champ concret des pratiques éducatives et médico-sociales.

Il est patent que le recours -voire l'injonction- à une meilleure coordination des acteurs, des dispositifs et des objectifs, sature les discours publics. Les termes fréquemment rencontrés sont ceux de décloisonnement, de transversalité. Ils visent pour l'essentiel à promouvoir une rationalisation des équipements ainsi qu'une rupture avec des modes de régulation précédents, jugés bureaucratiques, en vue de faire mieux correspondre les réponses aux nouveaux besoins des personnes concernées² par les interventions sociales et médico-sociales. La rhétorique des droits de l'usager est devenue, depuis la Loi du 2 février 2002 de rénovation sociale et médico-sociale, le nouveau discours normatif au nom duquel sont réunies des ambitions citoyennes et la perspective d'une rationalisation managériale, sous la bannière de l'innovation (Chauvière, 2007). A cet égard la politique publique du handicap est particulièrement emblématique des évolutions en cours. Elle peut être caractérisée comme intense d'une part (83 rapports d'origine diverse ont été publiés sur le handicap entre 2005 et 2015), et orientée vers une transversalité généralisée, comme le stipule la circulaire Ayrault de 2012³ : les dispositions en faveur des personnes handicapées doivent désormais figurer dans tous les projets de loi.

« Avec le mouvement de la décentralisation les politiques publiques sont devenues territoriales, notamment départementale [...] La multiplication des actions publiques [...] pose la question de leur coordination [...] Héritant de responsabilités accrues et dotées de moyens humains mais sous contrainte financière, les territoires coordonnent localement ce qui était auparavant séparé. Mais cette coordination rencontre des difficultés organisationnelles et culturelles »⁴.

Sur le plan des cadres cognitifs qui organisaient les interventions sociales et médico-sociales, la logique catégorielle qui prévalait jusqu'alors laisse peu à peu la place à une nouvelle forme d'individuation. L'individu n'est alors plus seulement vu comme entité abstraite mais comme une personne incarnée et dotée d'affects qu'il convient d'accompagner à l'autonomie (Astier, 2009).

S'agissant du recours aux notions de coordination et de coopération, le discours public tel qu'il se déploie dans les rapports n'est pas homogène mais on distingue cependant des tendances. Le recours au terme de coopération renvoie le plus souvent à l'affirmation de principes ou d'intentions générales comme dans la coopération internationale par exemple. Sur le plan quantitatif l'usage du terme de coordination l'emporte sur celui de coopération, marquant l'insistance sur les principes de pilotage des actions. La coordination est invoquée à tous les niveaux : entre les interventions, les actions, les acteurs, les travaux, les évaluations, les informations, les accompagnements, les soins, etc. Elle est aussi présentée comme un gage de cohérence et d'efficacité. La coordination recouvre donc une vision plus directement instrumentale et comporte une dimension de pouvoir, en tout cas, de hiérarchisation ou de

² Il semble que l'appellation personne concernée soit en passe de se substituer à celle d'usager comme pour insister sur l'objectif de participation sociale désormais affiché comme critère d'évaluation.

³ Publiée au JO n°0206 du 5 septembre 2012, p. 14345, texte n°2

⁴ Blanc, A. (2015). *Sociologie du handicap*, Paris : Armand Colin, p.125

pilotage. Si le secteur médico-social est positionné comme devant être au centre stratégique des coordinations s'agissant des situations de handicap, certaines tensions n'en demeurent pas moins : l'éducation nationale et dans une moindre mesure la psychiatrie publique entendent tenir leur place. Transposées sur le terrain des pratiques professionnelles ces identités institutionnelles conduisent à des controverses sur le fait de savoir, par exemple, lequel du projet d'accueil individualisé (PAI) (médico-social), du projet de soin (sanitaire), du projet personnalisé de scolarisation (PPS) (maison départementale du handicap), doit prendre le pas sur les autres. En toute rigueur, la question ne devrait théoriquement pas se poser puisque c'est le projet de vie des personnes qui est censé détenir la position prééminente depuis la loi de 2005. En la circonstance, la coordination est référée à une forme de pouvoir d'aménagement, voire de hiérarchisation, des activités requises par le développement du projet.

Bien qu'utilisée de façon instable sur le plan du discours public, la coopération est plus particulièrement réservée aux relations inter sectorielles entre les instances de l'éducation, de la santé, du social et du médico-social comme le signale le décret sur la scolarisation et la coopération avec les établissements médico-sociaux⁵ ou bien inter-associative en termes gestionnaires avec la création par la loi de 2005 des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). La coordination recouvre quant à elle un usage plus injonctif en rapport avec une nécessité fonctionnelle générée par les évolutions mentionnées plus haut. Au final les deux notions donnent lieu à des usages indépendants qui ne débouchent pas sur leur articulation possible.

Eclairages théoriques sur les formes de travail coopératif

Lorsque l'on s'intéresse aux situations de travail dans leur agencement concret, on repère une variété de pratiques coopératives ainsi qu'un couplage fonctionnel entre coopération et coordination. Les auteurs qui analysent les évolutions des situations de travail se sont attelés à préciser les diverses formes de coopération et leurs conséquences en matière de coordination. En faisant fond sur la division du travail thématisée par Durkheim, Sophie Dameron (2004) rapproche la solidarité organique, reposant sur une complémentarité des différences, avec des formes de coopération qu'elle nomme complémentaires. Ces dernières sont qualifiées d'opportunistes dans la mesure où c'est le maintien des différences qui motive la coopération. Compatible avec une rationalité calculatoire, cette forme de coopération, qui repose sur une affirmation des différences, ne tient que lorsque les « bénéfiques » dépassent les « coûts ». En revanche, la solidarité mécanique qui renvoie à une forme d'appartenance au groupe fondée sur la ressemblance amène les individus à coopérer dans le but de préserver une identité commune à un groupe. Elle nomme cette forme de coopération communautaire. Cependant, selon Dameron, dès lors que le travail est organisé en mode projet, les deux formes de coopération peuvent coexister dans une alternance rythmée par les avancées de la tâche commune. Pour Zarifian, il existe également deux versions de la coopération : l'une forte, l'autre faible. La version forte peut s'apparenter à la forme communautaire car elle se fonde sur un partage de valeurs et d'objectifs. Quant à la version faible elle « repose sur une meilleure coordination (= ordonner ensemble) des actes de travail. Elle est compatible avec le maintien des anciens paradigmes : on maintient un travail séparé et divisé, on entretient le principe selon lequel la responsabilité ne se partage pas, mais on vise à améliorer les passages de relais et les dialogues entre les travaux séparés » (1996, p.15). Enfin, les formes de travail

⁵ Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. JORF n°0080 du 4 avril 2009 page 5960

coopératif décrites par (Schmidt, 1991) approfondissent encore l'analyse. Il propose de distinguer trois types de coopération : celle d'amplification (*augmentative cooperation*), celle de diversification (*integrative cooperation*) et celle de confrontations de points de vue (*debative cooperation*). Les premières, par exemple, peuvent renvoyer à la collaboration entre un doctorant et son directeur de thèse. Les secondes sont illustrées par le fonctionnement d'un bloc opératoire, où chirurgiens, anesthésistes et infirmières participent à la bonne marche d'une opération. La dernière forme, dite de confrontation, emprunte également au milieu médical et se décline selon deux modalités: celle qui consiste à faire converger des explications disciplinaires indépendantes pour éclairer une situation, et celle où la confrontation de points de vue divergents permet d'affermir un diagnostic. Transposées au secteur médico-social ces distinctions se révèlent particulièrement heuristiques lorsque l'on songe à la coopération entre une orthophoniste et une enseignante pour améliorer les compétences en lecture d'un élève. De la même façon, le cadre assez courant des réunions pluridisciplinaires intra ou inter-institutionnelles, évoque aisément les coopérations par diversification. Quant à la confrontation, elle peut intervenir au sein des équipes de suivi de scolarisation lorsqu'il s'agit de finaliser un projet d'orientation ne faisant pas consensus entre professionnels de différents horizons ou avec les familles.

Esquissons le bilan de ces détours théoriques concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap qui mettent en jeu de nombreux partenaires. Nous avons montré que le contexte réglementaire actuel des interventions médico-sociales débouchait sur d'importantes redéfinitions des cadres antérieurs. L'objectif d'une meilleure participation sociale des personnes en situation de handicap aux cadres ordinaires de la vie sociale, au travail, à école, dans les activités de loisirs est désormais le vecteur des pratiques professionnelles. Ceci conduit à rompre en partie avec les asymétries entre savoirs spécialisés et savoirs profanes des usagers sur le terrain désormais légitime du projet de vie des intéressés. Cependant, si l'étude macrosociale de ces évolutions est aujourd'hui relativement documentée, celle des conséquences en termes de pratiques professionnelles pour les acteurs du secteur médico-social est encore balbutiante en dehors de travaux récents (Mazereau et Guirimand, 2016).

Dans l'ordinaire du travail médico-social, on constate souvent des oppositions d'objectifs entre familles et professionnels quelques fois redoublées par des divergences de vues entre professionnels du social, de l'enseignement, du sanitaire du médico-social. Si bien que c'est la version faible de la coopération qui domine généralement, celle où chacun, tout en étant informé des actions des autres, préserve son autonomie sur la base d'identités professionnelles ou de principes sectoriels. Cependant, certaines dynamiques organisationnelles montrent que des intérêts contradictoires ou concurrentiels peuvent parfois subsister sans nuire à la coopération. Par exemple, les modalités de coopération dans le secteur médico-social, observées par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), peuvent être lues comme l'alternance entre formes complémentaires et communautaires de coopération. L'agence décrit dans son guide⁶ trois formes de coopération inter-associative. Certaines, « calculatoires », mettent en commun des ressources (mutualisation) pour combler des déficits territoriaux ou optimiser l'utilisation de personnels ou d'équipement en termes d'offres de services (efficience). Quelquefois, la coopération vise à une mise en synergie des différentes interventions dans l'intention de proposer une continuité de parcours aux personnes handicapées. L'incitation des pouvoirs publics aux fusions et regroupements des entités gestionnaires ainsi que la généralisation des appels à projet concurrentiels contraignent fortement ces logiques. Néanmoins, lorsque l'on quitte le niveau organisationnel pour s'intéresser de plus près aux

⁶ Les coopérations dans le secteur médico-social, Guide méthodologique. 2012.

pratiques des professionnels participant à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, cette première mise en ordre de la diversité des usages et pratiques du couple coordination/coopération débouche sur plusieurs constats.

Les pratiques coopératives sont plurielles, elles s'étagent sur un continuum qui va de la simple juxtaposition d'interventions coordonnées à la recherche active de convergences, en passant par une gamme de situations intermédiaires. Dès lors, l'information mutuelle entre les partenaires est bien sûr nécessaire mais insuffisante au regard des exigences de co-construction de projet. Ainsi, le critère distinctif en matière de coopération devient le degré de recherche d'objectifs communs, ce que l'on a coutume de désigner par co-construction. Analysant les enjeux liés à la coordination dans les secteurs social et médico-social, Marcel Jaeger (2010) affirme que la coordination résulte d'une obligation fonctionnelle qui en bonne logique devrait se déduire de l'obligation politique et morale de coopération. Cette clarification déplace la focale sur les conditions de possibilité des pratiques coopératives en tant qu'elles déterminent leur mise en œuvre coordonnée. A partir d'un travail sur les situations de collaboration entre établissements scolaires et interventions sociales, Couturier et *al.* dégagent trois continuités nécessaires au bon fonctionnement des pratiques coordonnées : « 1) La continuité d'approche, qui pose dans le temps la cohérence des finalités et modalités d'intervention (cohérence des services, objectifs cliniques), 2) la continuité informationnelle, qui pose la nécessité pour chacun des professionnels d'avoir au bon moment l'information nécessaire à son intervention et 3) la continuité relationnelle, qui produit un sentiment de signifiante de la relation clinique chez un usager à l'égard d'un intervenant ou d'une équipe » (Couturier et *al.* 2009, p. 63). Si la coordination des actions peut s'accommoder de divergences, voire d'indifférence aux objectifs des autres intervenants, la coopération suppose *a minima* un but commun duquel se déduisent les formes de coordination plus ou moins formalisées. La première continuité de Couturier et *al.*, celle d'approche, se révèle la plus cruciale car fondée sur le substrat de la confiance entre professionnels, laquelle n'est pas une donnée. « L'établissement de la confiance ou plus généralement de relations normatives est donc bien un problème central, car l'issue coopérative suppose d'introduire dans le raisonnement autre chose que le seul jeu des intérêts. » (Renaud, Richebé, 2007, p.6). Si la coopération est une issue, il faut : « renoncer à l'idée d'un accord implicite qui serait en quelque sorte immanent au fonctionnement de la vie sociale, pour mettre la dispute et, avec elle, la divergence des points de vue, des interprétations et des usages au centre des liens sociaux de façon à revenir, depuis cette position, sur la question de l'accord, pour en interroger le caractère problématique » (Boltanski, 2009, p.98).

Dans les pratiques, l'articulation entre coordination et coopération repose sur un mécanisme d'ajustement qui peut être formel ou informel. Il est important de ne pas le traiter comme un allant de soi mais de l'interroger, c'est-à-dire d'en approfondir les mécanismes. En effet, dans nombre de situations d'accompagnement de parcours, l'interdépendance des différentes actions scolaires, éducatives, soignantes est parfois vécue comme une interdépendance négative. Elle peut être organisationnelle (difficultés d'harmonisation des emplois du temps), concurrentielle (activité de soin au détriment d'un travail éducatif ou inversement) ou contradictoire (l'apprentissage scolaire vécu comme « pathogène » et inversement la démarche thérapeutique contrariant l'investissement dans le travail scolaire). Enfin, pour compliquer la donne, il convient de prendre en compte « le processus de «protoprofessionnalisation» des usagers dans la société contemporaine, c'est-à-dire l'appropriation par les citoyens de savoirs élaborés par les professionnels pour élaborer leur propre expertise et, le cas échéant, s'opposer au pouvoir des professionnels. » (Leveratto, 2004, p.2).

Au cœur de pratiques encore très morcelées

A l'issue de cet examen, nous ressortons avec de solides repères pour l'analyse. L'étude du discours public montre que la coopération est utilisée pour désigner l'ambition de rapprocher les différents secteurs impliqués dans l'accompagnement des parcours des personnes en situation de handicap. Cet usage est donc soit très général, soit il recouvre un usage gestionnaire inter-associatif. La coordination de son côté traduit des préoccupations de pilotage et d'harmonisation, elle est soutenue par une volonté de rationalisation qui semble s'imposer d'elle-même. Cependant, l'examen des pratiques effectives montre que s'il peut y avoir coordination sans coopération, par exemple dans certains partenariats formels, l'inverse n'est pas possible. En effet, la coopération suppose au moins une forme de partage d'un but commun ne serait-ce qu'un partage des tâches en fonction d'un projet. Au-delà de leur diversité, les pratiques coopératives, bien que cadrées par les dispositifs organisationnels au sein desquels elles s'insèrent, demandent à s'appuyer sur des expériences communes. Nous avons souligné comment les nouvelles formes d'accompagnement des parcours des personnes en situation de handicap génèrent la multiplication des occasions de rencontre entre professionnels de secteurs auparavant cloisonnés. Dès lors, la question de la confiance se trouve mise au centre des relations pouvant conduire à la coopération car, comme l'indique Christophe Dejourné, « les liens de coopération construits par les membres d'un collectif ne sont pas donnés de l'extérieur. L'organisation du travail ne prescrit pas la forme de ces liens » (Dejourné, 1993, p. 2). Aucun management volontariste ne permet de résoudre *a priori* la question de l'établissement des liens de confiance entre les professionnels et avec les usagers, ces derniers relevant essentiellement d'une dynamique ascendante que l'organisation peut contrarier ou protéger selon les circonstances.

Les investigations conduites dans le cadre de la recherche sur laquelle nous nous appuyons ici - questionnaire aux professionnels, entretien avec les familles, et *focus group* pluri-professionnels - nous permettent d'avoir une vision ancrée des modalités de mise en œuvre et des représentations des acteurs quant aux pratiques de coordination/coopération dans l'accompagnement des situations de handicap. En effet, nous avons procédé à un repérage des réunions tenues dans le cadre du suivi des parcours coordonnés des jeunes. Notre intention était de recenser l'activité de réunion afin d'une part d'en dresser une cartographie, d'autre part de recueillir les points de vue des professionnels et des parents sur leur motif, leur fonction, leur utilité perçue, etc. Notre panel s'établit à 249 réunions recensées pour le suivi de 58 situations sur une durée de neuf mois. Nous ne dégageons ici que les éléments essentiels qui permettent d'effectuer un état des lieux des pratiques.

Les réunions sont encore largement rythmées par des questions d'orientation ou de réponse aux obligations et rarement à l'initiative des parents. Ces derniers participent à une ou deux réunions par an en moyenne dans un fonctionnement ordinaire. Certaines situations critiques ou complexes, du fait de la présence de multiples partenaires, appellent une activité plus intense (10 réunions répertoriées sur 9 mois pour plusieurs situations). Mais dans ce cas, les parents continuent de ne participer qu'aux deux réunions annuelles, ce qui indique que l'activité de coordination se situe en la circonstance du côté des professionnels, elle peut être soit intra soit inter-institutionnelle. Cela apparaît cohérent avec les propos recueillis auprès de certaines familles qui attestent agir par délégation de confiance envers les professionnels. De leur côté, ces derniers perçoivent le déficit d'ajustement interprofessionnel des langages et d'élaboration de buts communs. Ils déclarent majoritairement vouloir améliorer leurs pratiques dans ce sens et les deux obstacles majeurs à la coordination qu'ils perçoivent sont : le manque d'informations mutuelles et la méconnaissance entre professionnels de structures ou de secteurs différents.

Lorsque l'on investigate plus en détail l'activité de rédaction de compte rendu ou d'écriture de projet, on remarque la progression de pratiques d'écriture concertée, voire de rédaction collective de documents. La question du rôle des outils pointe par endroit à travers l'utilisation du dossier unique ou vers des écritures partagées *in situ* en réunion ce qui peut se révéler vecteur de pratiques coopératives ascendantes. Cependant, ces tendances restent très marginales. Enfin, lorsque l'on s'approche encore plus près des coordinations nécessaires au quotidien dans le suivi des situations, ce qui, dans la recherche, a été rendu possible par la tenue des *focus group* pluri-professionnels, de nouveaux impératifs apparaissent. Interrogés sur les modalités quotidiennes de travail coordonné, les professionnels ont mis en lumière un certain nombre de traits caractéristiques que nous avons identifiés, regroupés et systématisés.

Ainsi la coopération se matérialise pour les professionnels à l'occasion de la résolution de problèmes concrets générés par l'inclusion dans des situations ordinaires (école, loisirs, santé). En effet, dès lors que les personnes en situation de handicap sont amenées à fréquenter des lieux ordinaires de socialisation, de nouveaux problèmes se posent en termes d'adaptation et de compensation. Comment faire en sorte qu'un jeune suivi par un dispositif participe pleinement à des activités sportives dans sa ville ? Comment parvenir à ce qu'un jeune atteint du syndrome de Prader-Willi⁷ puisse manger à la cantine de l'école ? Comment aménager des situations d'examens pour des élèves mal-voyants en lycée professionnel ... ? Pour chacune des situations, le recours à un milieu spécialisé de substitution n'étant plus une ressource, les spécialistes et les non-spécialistes doivent collaborer et inventer des solutions. C'est donc en relatant de telles expériences que les professionnels en sont venus à décrire, lors des *focus group*, des processus de traduction et d'ajustement des langages à partir de raisonnements sur des cas concrets.

« Cette réunion dont vous parliez tout à l'heure avec l'ergothérapeute, les psychologues et l'équipe pédagogique, où l'idée c'était de... parce qu'on peut sortir des termes comme des troubles de l'acuité visuelle ou des troubles praxiques, mais qu'est-ce que ça veut dire, comment ça se traduit. Donc l'idée avec ces réunions c'est aussi de partir de la pratique des enseignants, donc eux ils nous donnaient des exemples de où ils (*il s'agit des élèves*) étaient en difficulté et d'essayer de décortiquer ensemble pourquoi ils étaient en difficulté » *Neuropsychologue, extrait de focus group.*

On voit bien dans cet exemple la façon dont le savoir ne circule pas en sens unique du spécialiste vers le profane mais qu'il y a des retours à prendre en compte.

« Ces réunions avant c'était plus une lecture descendante du projet, de la prestation 1 à la prestation 12, et on se contentait voilà de lire ensemble et éventuellement de se questionner (...) On saucissonnait en quelque sorte le jeune à travers des prestations et donc y a peut-être ça qui faisait que ça manquait de sens et aujourd'hui on essaye de fonctionner différemment. C'est-à-dire que ces réunions qui ont lieu pour faire une lecture du projet, on essaye de dégager les axes essentiels du projet, la ou les problématiques essentielles et d'y répondre ensemble » *Educateur spécialisé, extrait de focus group*

Ces extraits sont destinés à souligner l'enjeu des pratiques coopératives dans les situations d'accompagnement des parcours. Il s'agit bien, pour les professionnels impliqués

⁷ Syndrome qui se caractérise notamment par une non-maîtrise de la satiété

dans le suivi des situations, de construire un sens commun que l'on a tendance à postuler alors qu'il est à élaborer.

Cependant l'analyse des motifs des réunions recensés dans notre enquête à propos des situations, établit qu'elles répondent encore majoritairement à des obligations formelles liées à des changements d'établissement ou de dispositifs. Souvent, les professionnels déclarent s'en tenir à un accord superficiel qui reconduit les routines des interventions. Ce maintien des pratiques à un niveau sous-optimal en évitant les confrontations est selon nous facteur d'immobilisme. Nous voudrions ici initier un point de vue contre-intuitif, qui place les divergences au cœur de la dynamique des projets, en nous appuyant sur les situations de handicap vues par les familles.

Vers une nouvelle approche de la construction des parcours ?

Comme nous l'avons indiqué, la recherche s'est attachée à recueillir le point de vue de certaines familles tirées au sort parmi les 58 de notre panel. Ces entretiens ambitionnaient à restituer le parcours des jeunes concernés dans sa globalité tout en mettant en avant les questions de coordination. L'analyse des entretiens aborde l'activité des parents comme s'il s'agissait d'un travail au sens de la sociologie interactionniste. Cela signifie que les activités des parents dans la collecte des informations, leur transmission aux différents intervenants, l'accompagnement des enfants dans les déplacements... constituent autant d'actions, souvent passées sous silence, qui facilitent le travail des professionnels et même le rendent possible. Bien évidemment, toutes les situations ne se ressemblent pas, l'intensité de l'activité parentale varie selon trois critères que nous avons dégagés, à savoir : le type de handicap, le type d'accueil et le degré d'inclusion voulu par les familles. En effet, il apparaît logique que les situations de pluri-handicap à domicile, impliquant de nombreux intervenants médicaux et médico-sociaux, génèrent plus de besoins de coordination que les situations de suivi en établissement par exemple.

« Le chirurgien moi, quand j'envoie tous les courriers, je l'envoie à tous les services et vice-versa. [...] Oui, parce qu'ils ne se passent pas les informations. [...] C'est nous l'intermédiaire. Partout où vous avez RDV, vous avez intérêt à avoir votre dossier médical au complet. [...] Même le SESSAD, l'hôpital, le prothésiste, personne ne se rencontre [...] aucun de ces intervenants ne se rencontre annuellement. » (Parent 2)

« On a voulu tenter l'internat et on ne le regrette pas du tout. [...] Au sein de l'IME, il y a les éducateurs. La référente, avec qui j'ai des contacts très régulièrement. Sa maîtresse – il est scolarisé dans une classe implantée en école primaire. Il a sa psychologue, qu'il voit toutes les semaines. Il a sa psychomotricienne. Il a son orthophoniste. Une orthoptiste et une orthodontiste. [...] On a environ deux synthèses par an avec l'éducatrice, le directeur, la maîtresse, quasiment tout le monde. J'ai contact avec son éducatrice assez régulièrement, en moyenne une fois par semaine. » (Parent 12)

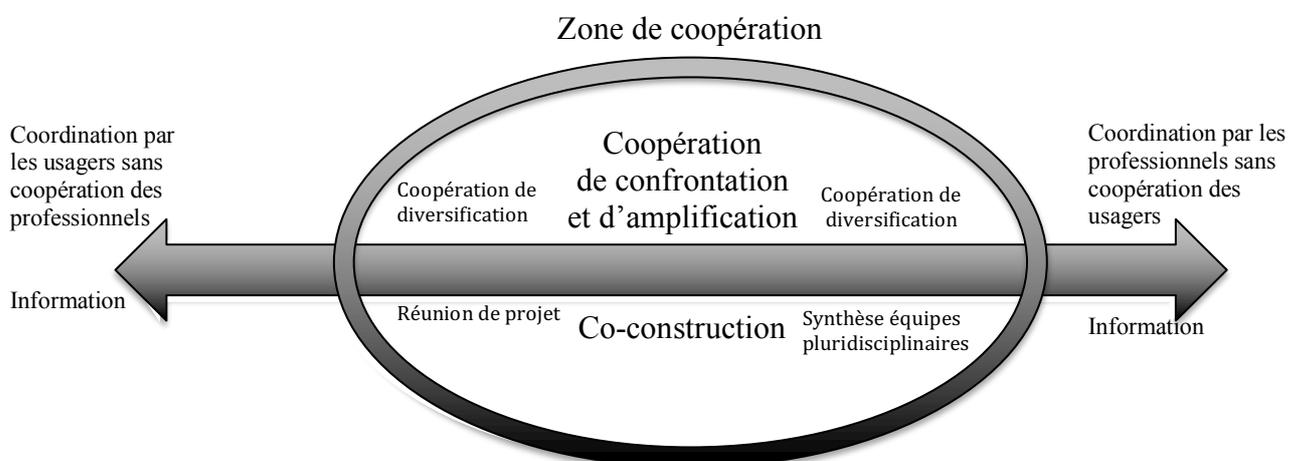
La première citation illustre une coordination assumée par la famille sans coopération. La seconde vient en regard fournir l'exemple inversé d'une coordination assurée par les professionnels qui tiennent régulièrement la famille informée. Au-delà de ce constat il apparaît que le degré d'inclusion souhaité par les familles, ou permis par la situation, est la variable « subjective » qui pèse le plus sur l'intensité de l'activité parentale. Dans notre enquête le niveau socio-économique et culturel des familles demeure la variable décisive et se

traduit sous forme de capital relationnel susceptible de soutenir le projet d'inclusion. On note également que du côté des familles dont l'enfant est accueilli en établissement, le degré d'accord avec le projet proposé influe sur l'activité parentale. Ainsi, dans les situations de désaccord avec les orientations prévues, les familles tentent, par un regain d'engagement, de soutenir une orientation non envisagée par l'établissement : travail ordinaire vs ESAT, apprentissage vs IMPRO... Dans notre panel, ces situations ne sont pas référées au seul capital social des familles, mais plus généralement à la volonté de « normalisation » de la situation de leur enfant.

Dès lors que l'ensemble de la législation et des recommandations de pratiques attribuée au projet de vie et à la volonté des familles la seule légitimité, la conflictualité à propos des projets devient un élément important dans l'analyse des situations. Loin d'être un obstacle à la coopération, la conflictualité peut la stimuler et ouvrir des possibles. Les propositions de Boltanski sur le sens commun à construire et celles de Schmidt sur la *debative cooperation* prennent ici tout leur sens. En effet, prendre comme centre d'intérêt l'accompagnement des parcours implique dans le même temps d'apprécier la place laissée à la construction de l'accord qui devient par le fait un nouvel horizon pour les professionnels.

En conclusion, notre investigation a permis d'appréhender les parcours coordonnés de façon relativement inédite. Nous pouvons désormais esquisser une typologie de l'articulation entre coordination et coopération en forme de segment dont les deux extrémités sont occupées par des situations dans lesquelles la coordination s'opère sans coopération. D'un côté il s'agit de situations entièrement pilotées par les familles qui coordonnent des professionnels qui ne se concertent pas. A l'autre extrémité, c'est au sein des institutions, dispositifs ou services que les professionnels se coordonnent sans véritable coopération avec les familles. Il ne faut pas voir là un jugement de valeur mais simplement le constat que dans ces deux cas, la charge du parcours revient quasi exclusivement aux parents ou aux professionnels. Ces deux extrémités pouvant d'ailleurs correspondre à des situations aussi bien choisies que plutôt subies. En effet, il existe des exemples où la conduite du parcours est entièrement assumée par les familles ou entièrement déléguée aux institutions, dispositifs ou services en gage de confiance, sans que cela ne signifie un désengagement. Entre ces deux polarités où la coopération famille/professionnels fait défaut sans qu'il y ait conflictualité, toute une gamme de situations peut prendre place dans une zone où la coopération est plus ou moins importante. Ici ce sont les questions de savoirs et de pouvoirs qui alimentent l'évolutivité du projet et donc les configurations de son accompagnement.

Schéma de l'articulation coopération/coordination dans l'accompagnement des situations de handicap



On a coutume d'opposer en la matière le monde des professionnels et celui des familles. Il convient pourtant de prendre en compte que leur rencontre s'opère dans un cadre institutionnel et réglementaire qui surdétermine les possibles. Ce cadre n'est d'ailleurs pas exempt de contradictions qui nous sont apparues à la faveur de cette recherche. Particulièrement, l'obligation de projet individualisé faite à chacun des différents établissements et services sociaux, médico-sociaux, sanitaires et scolaires, conduit à une prolifération qui nuit selon nous à la prédominance du projet de vie institué par la loi de 2005. Réfléchir en termes de parcours coordonnés oblige donc à se décentrer d'une vision où se cumulent des projets individualisés (PIA, PAI, PPS ...) au profit d'une réelle mise au travail autour des possibilités de déclinaison des projets de vie des personnes en situation de handicap. Ceci passe par la mise en capacité (*empowerment*) des personnes et de leur famille, c'est-à-dire à la mise en place de soutiens, d'aides à la formulation du projet dans les situations où celui-ci n'est pas clairement élaboré ou seulement par défaut. Cet espace, nous le qualifierions volontiers de *zone de coopération*, (voir schéma ci-dessus), au sens fort de construction de l'accord, à travers les échanges sur les besoins et attentes des personnes en situations de handicap. Ce nouvel espace est un point de rencontre entre des logiques descendantes, organisationnelle et réglementaire, et les logiques ascendantes de coopérations situées, fondées sur la participation effective des personnes en situation de handicap au suivi de leur projet. Il est appelé à devenir le lieu d'où devraient naître de nouvelles professionnalités dans l'enrichissement mutuel entre savoirs d'expérience et savoirs spécialisés, dans l'arbitrage entre attentes et besoins où les désaccords surmontés deviennent des objectifs mobilisateurs et sont facteurs d'élargissement des possibles des parcours.

Bibliographie

- Astier, I. (2009), « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, n° 152, p. 52-58.
- Blanc, A. (2015), *Sociologie du handicap*, Paris, Armand Colin.
- Boltanski, L. (2009), *De la critique*, Paris, Gallimard.
- Chauvière, M. (2007), *Trop de gestion tue le social : essai sur une discrète chalandisation*. Paris : La Découverte.
- Couturier, Y. et al. (2009), « Continuités et discontinuités de l'intervention éducative et de l'intervention socio-éducative en milieu scolaire défavorisé », *Revue des sciences de l'éducation, pour l'Ère-nouvelle*, vol 42, 4, p. 59-79.
- Dameron, S. (2004), « Opportunisme ou besoin d'appartenance ? La dualité coopérative dans le cas d'équipe de projet », *M@n@gement*, 7, 3, p. 137-160.
- Dejours, C. (1993), « Coopération et construction de l'identité en situation de travail » in *Paradigmes du travail*, n°16, 2, Futur antérieur, Paris, L'Harmattan.
- Godelier, M. (1984), *L'idéal et le matériel*, Paris, Fayard.
- Jaeger, M. (2010), « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », *Vie Sociale*, n°1, p. 15-23.
- Leveratto, J.M. (2004), « L'œuvre de Michel Foucault et la sociologie de la réception », *Le Portique* [Enligne], 13-14 |, mis en ligne le 15 juin 2007, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://leportique.revues.org/609>.
- Mazereau, P. et Guirimand, N. (dir.), (2015), *Adapter l'accompagnement aux parcours de vie des personnes en situation de handicap*, Rapport de recherche CERSE université de Caen et Fédération des pupilles de l'enseignement public (PEP).
- Mazereau, P. (2015), « Pour une analyse multiniveau des professionnalités dans les métiers relationnels », in Bodergat, J.Y. et Bourgeac-buznic, P. (dir.) *Des professionnalités*

- sous tension*, Bruxelles, De Boeck, p. 43-59.
- Mazereau, P. et Guirimand, N. (2016), « Sous la coordination, l'inclusion : des professionnels spécialisés se positionnent dans un nouveau contexte », *Spirale*, n° 57, p. 93-107.
- Reynaud J.D. et Richebé N. (2007), « Règles, conventions et valeurs : plaidoyer pour la normativité ordinaire », *Revue française de sociologie*, n°1, Vol. 48, p.3-36.
- Schmidt, K. (1991), "Cooperative work a conceptual framework", in Rasmussen, J.; Brehmer, B.; Leplat, J. (eds.) *Distributed Decision Making: Cognitive Models for Cooperative Work*, John Wiley & Sons, Chichester, p.75-109.
- Thévenot, L. (2006), *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte.
- Zarifian, P. (1996), *Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Paris, PUF.