

REFONDER LES INTERVENTIONS AU DOMICILE AU PRISME DE LA RÉSONANCE

[Alice Casagrande](#)

EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | « [Regards](#) »

2020/1 N° 57 | pages 141 à 152

ISSN 0988-6982

DOI 10.3917/regar.057.0141

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-141.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale.

© EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Refonder les interventions au domicile au prisme de la résonance

Par **Alice Casagrande**, Directrice formation, innovation et vie associative à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés à but non lucratif (Fehap)



Diplômée de l'institut d'études politiques de Paris, de l'université de Cambridge et titulaire d'une maîtrise et d'un DEA de philosophie éthique, Alice Casagrande s'est spécialisée dans les questions d'éthique et de lutte contre la maltraitance des publics vulnérables. Elle est aujourd'hui présidente de la Commission nationale Prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées. De 2009 à 2014, elle a coordonné la politique qualité et la lutte contre la maltraitance au sein des établissements et services de la Croix-Rouge française. Formateur et consultant pendant dix ans dans les secteurs de la psychiatrie et de la gériatrie, elle a

ensuite rejoint l'Anesm où elle a coordonné l'élaboration des recommandations sur la bientraitance et la maltraitance. Depuis octobre 2014, elle est directrice formation, innovation vie associative à la Fehap. Elle est l'auteur de nombreux articles et de plusieurs ouvrages : *Questions d'éthique autour du donneur vivant* (2007), *Vieillir en institution* (2008), *Ce que la maltraitance nous enseigne* (2012) et un ouvrage collectif, *Éthique et Management du soin et de l'accompagnement* (2016). Elle enseigne l'éthique et le management à l'université Paris Dauphine, au sein de l'espace éthique Île-de-France, et intervient sur le sujet de la prévention de la maltraitance au sein de l'École des hautes études en santé publique.

Les services d'aide, de soin et d'hospitalisation à domicile des personnes âgées sont aujourd'hui sous le coup d'une crise multidimensionnelle qui concerne à la fois :

- ❖ la qualité des actes réalisés et de l'articulation entre les différents actes,
- ❖ la viabilité économique des services,
- ❖ leur capacité de disposer de ressources humaines en nombre suffisant pour réaliser leurs missions correctement (par manque de candidats à la fois dans les écoles et pour les postes à pourvoir).

Cette crise doit être l'occasion de repenser radicalement les interventions au domicile :

- ❖ En prenant au sérieux les défis considérables que constitue la réussite d'une intervention à domicile auprès d'une personne âgée et de ses proches (I),
- ❖ En s'écartant des modèles de gestion et de management en vigueur pour refonder le projet de l'accompagnement à domicile sur l'ambition de résonance (II),

- ▼ En tirant de cette ambition toutes les conséquences en termes de pratiques professionnelles, d'organisation institutionnelle, et de travail en concertation des parties prenantes pour surmonter leurs dilemmes et résoudre les situations de violence (III).

I – LES DÉFIS

L'accompagnement ou les soins à domicile des personnes qui, du fait de l'âge, perdent leur autonomie fonctionnelle ou décisionnelle, constitue, on le sait, un défi considérable et multidimensionnel. Ce défi pourrait se caractériser en première intention par trois termes :

- ▼ le besoin de **compétences spécifiques** pour intervenir chez autrui, c'est-à-dire dans ce qui constitue son « coin du monde », son espace d'identification et de sécurité,
- ▼ le besoin de **continuité entre les intervenants** d'un même service et entre les différentes catégories d'intervenants,
- ▼ le besoin de **coopération avec la famille** de la personne aidée ou soignée.

Détaillons grâce à une approche clinique quelques-uns des défis multidimensionnels qui attendent les intervenants auprès des publics dépendants à leur domicile, en particulier lorsque des altérations cognitives sévères viennent « *déchirer l'espace intime, qu'il soit psychique, comportemental ou corporel* »¹.

« Des limitations apparaissent, des impossibilités de faire, des pertes, des adaptations, des créations aussi... mais globalement tous ces éléments se traduisent par une dépendance et un déficit fonctionnel et remettent en cause l'autonomie et la communication. Ils obligent l'autre, membre de la famille ou professionnel, à changer à son tour s'il veut s'adapter et suppléer. D'une certaine façon, le malade si faible, si vulnérable devient le 'patron' involontaire de la situation. C'est un motif de lui en vouloir, même si chacun s'accorde à penser qu'il ne le fait pas exprès. Néanmoins, un vécu ambivalent, souvent tabou, peut exister. »² À cela s'ajoute le poids, implicite ou explicite, que l'approche de la mort fait peser sur l'esprit de la personne, de ses proches et des professionnels.

Face à cette complexité, « *[t]ravailler avec la famille, c'est valider ce qui est fait et fonctionne, c'est questionner sur ce qui se passe au jour le jour, en permettant une narration du vécu pour trouver des solutions concrètes. C'est alors que bien des ressources parfois inattendues émergent.* »³

Intervenir au domicile, c'est donc pouvoir à la fois réaliser un ou plusieurs actes, mais c'est aussi consacrer une part significative du temps au « faire avec l'autre » (quitte à aller moins vite), voire au « non-faire », pour interrompre la série continue des tâches concrètes et dégager un espace disponible au dialogue et au récit du quotidien par ceux qui le vivent. C'est par cet échange qu'une coopération entre la personne, sa famille et les intervenants peut s'instaurer, et les conflits ou difficultés se traiter. Cela prend du temps.

¹ Philippe Guillaumot, 'Comment définir une famille?', Dossier la famille et son parent âgé, *Revue Santé mentale* N°171, Octobre 2012, p.36.

² *Ibid.*, p.34.

³ *Ibid.*

Répondre à ces défis est aujourd'hui difficile dans l'état actuel de l'appareil de formation, du système d'organisation et de la tarification de l'offre.

Premièrement, la formation professionnelle est mal organisée pour préparer les intervenants à l'approche multidimensionnelle. Elle comporte rarement des modules dédiés à l'intervention à domicile, les futurs intervenants n'ont pas d'obligation de faire un stage au domicile d'une personne en perte d'autonomie, et soignants et travailleurs sociaux ne reçoivent pas les enseignements communs qui leur permettraient de mieux travailler ensemble ensuite. À ces lacunes s'ajoute fréquemment l'absence pure et simple de formation des intervenants exerçant au domicile. Alors qu'elles devraient être positionnées comme éclaireurs de la politique de prévention, les auxiliaires de vie qui y travaillent sont aujourd'hui insuffisamment formées pour exercer pleinement leur capacité d'observation et se positionner avec justesse face aux membres de la famille. Pourtant, les proches expriment des demandes nouvelles tenant moins à l'aide et à l'information pure et simple qu'à un plus complexe appui dans leur compréhension et leur accompagnement de leur proche : « *En une vingtaine d'années, elles sont passées d'une quête de connaissance du diagnostic à une nouvelle demande prédominante : 'Je voudrais le traiter le mieux possible et éviter les erreurs'.* »⁴ Les auxiliaires de vie sont ainsi peu armées pour jouer le rôle crucial de lanceurs d'alerte. Elles sont pourtant les mieux placées pour faire connaître aux autres intervenants les difficultés lorsqu'elles sont encore minimes.

Deuxièmement, certaines ressources d'expertise facilitatrices (gériatres, psychologues ou psychiatres, mais aussi travailleurs sociaux) sont peu mobilisables au sein des services d'aide et de soin qui interviennent régulièrement aux domiciles. Les équipes mobiles gériatriques et géronto-psychiatriques ne sont pas disponibles sur tout le territoire. Les ressources existent au sein des plateformes territoriales d'appui mais sont souvent mobilisées tardivement et pour les situations déjà extrêmement dégradées, devenues par là même quasiment insolubles. En outre, ces ressources d'appui n'ont pas toujours la légitimité nécessaire pour rassembler toutes les parties prenantes et faire progresser la réflexion collective pour identifier une solution.

Troisièmement, le cœur de l'activité, lui-même, peut être entravé par la prolifération des obligations de rendre des comptes au nom précisément de l'exigence de qualité de service. Un juste équilibre est à trouver entre la légitime nécessité de transparence et la tyrannie de la traçabilité. Dans bien des cas, cet équilibre n'a pas été trouvé, et embolise l'activité clinique aux dépens des personnes qu'elle concerne.

Quatrièmement, le système de tarification finance mal la dimension socio-relationnelle de l'intervention, les temps de coordination entre les différentes parties prenantes, et les temps de supervision et d'analyse de pratiques de certains professionnels pour lesquels ce temps de recul est jugé superflu. Ceci avait d'ailleurs conduit à inscrire dans le rapport de la concertation Grand Âge et Autonomie une série de préconisations comme « *Engager une montée en compétence de l'ensemble des professionnels du grand âge dans une perspective d'amélioration de la justesse relationnelle de l'intervention* »⁵ et « *Faire de l'écoute et des échanges avec la personne avancée en âge, un acte de soin* »⁶.

4 Philippe Guillaumot, *op. cit.*, p. 34.

5 *Rapport de la concertation Grand Âge et Autonomie*, Mars 2019, p. 95.

6 *Ibid.*, p. 90.

Puisque rien ne les y incite, notamment financièrement, les services peinent à instaurer les échanges pourtant cruciaux pour tisser un réajustement continu des pratiques, et en particulier :

- ▼ Échanges entre la personne qui est la première concernée et ceux qui évaluent ses besoins, ou ceux qui sont les garants au sein de l'institution de la qualité de service en cas de difficulté (la responsable de secteur, le cadre de santé ou médecin coordonnateur du service) ;
- ▼ Échanges entre les intervenants eux-mêmes, à la fois au sein de chaque institution et avec ceux qui n'en font pas partie (en particulier les médecins généralistes, mais pas seulement).

Ceci s'avère particulièrement préjudiciable lorsqu'émergent différentes interprétations de ce qu'il convient de faire et que chacun agit en conséquence sans se coordonner avec les autres. Malgré leurs compétences et leur engagement authentique dans l'accompagnement, ou précisément à cause d'eux, les parties prenantes peuvent avoir d'une situation une lecture et des positionnements adverses et mettre en cause violemment les autres acteurs impliqués qui ne réagissent pas comme eux. Ceci conduit à un enlisement dans des conflits préjudiciables au traitement rapide et concerté de la problématique, et à un épuisement des ressources au moment même où elles seraient le plus nécessaires. La santé physique et mentale de la personne âgée, et celle de ses proches, peut s'en trouver significativement altérée.

La situation peut même dégénérer jusqu'à la catastrophe, sans que le danger ne suscite un positionnement concerté rapide. Catherine Guitton décrit ainsi le processus à l'œuvre : « (...) comment se fait-il que, même si les signaux d'alarme s'allument, il n'y ait personne pour en tenir compte et les utiliser ? Manque-t-il des acteurs à qui les transmettre ? Qu'on le nomme refoulement, amnésie, déni ou autre encore, le résultat pragmatique de cet aveuglement est le même : au trouble de la perception s'adjoignent le trouble de la communication, la perte des repères, l'impuissance, la dilution des responsabilités et l'inertie fatale. »⁷

II – REFONDER LE PROJET DE L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE SUR L'AMBITION DE RÉSONANCE

Les failles du modèle en vigueur sont dénoncées à la fois par les personnes accompagnées et leurs familles, les professionnels et les gestionnaires⁸, et la crise de la Covid-19 n'a fait que mettre plus encore en lumière sa profondeur. Un tournant radical semble donc nécessaire. Ce tournant, je propose de l'ancrer dans la notion de résonance développée récemment par le philosophe Hartmut Rosa. Mais avant d'explicitier ce qu'elle recouvre et pourquoi elle doit être mobilisée, un détour est utile.

Pendant l'hiver 2013-2014, la Croix-Rouge française a réalisé une enquête auprès de 34 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer accompagnées à domicile et en

⁷ Catherine Guitton, 'Risques majeurs et fonction d'autorité', Revue Thérapie familiale, 2002/2 Vol. 23, p. 157.

⁸ Voir par exemple le Rapport de la concertation Grand Age et Autonomie, 2019, pp.25-26 et GUCHER C., ALVAREZ S., LAFORGUE D., VIAL B. et WARIN P. « De la disjonction entre qualité de vie et qualité de l'aide à domicile. Vers une compréhension des phénomènes de non-recours et de non-adhésion », Vie sociale, vol. 17, n° 1, 2017, p. 55-70.

Ehpad. Cette démarche était destinée à approcher de plus près le vécu des malades pour mieux faire progresser les pratiques professionnelles. Les extraits qui suivent donnent donc un aperçu de la vie, avec un début de troubles cognitifs, décrite par ceux qui les éprouvent⁹.

« Le problème c'est de... être toujours en train de chercher quelque chose... » « Y'a des moments où vous savez, on est un petit peu... branlant. On ne sait pas trop où on est. J'ai passé un moment où j'étais... comme une bête sauvage qui ne sait pas même ce qu'il fait quoi... je savais plus bien où j'en étais. Maintenant ça va mieux, beaucoup mieux... je sais où je veux aller. » « Ils disent 'elle est bien'. Oui bah elle est bien... quand on vit avec c'est autre chose. » « Bah tant pis ! j'avais une mémoire autrefois... mes petits-enfants disaient 'demande à mamie, elle a une mémoire d'éléphant'... L'éléphant est là mais moi je suis partie. » « Le pognon, je m'en occupe pas non plus, ça c'est... de peur de... de me tromper ou d'en perdre... » « ...Au point de vue du caractère, ça n'a pas changé du tout hein... à part que ça m'énerve, c'est tout, mais enfin bon... » « Je réparais ma tronçonneuse, j'avais une clé exprès, une clé exprès... et j'arrivais pas à... à réparer... alors j'ai dit, 'quand même, c'est bien la clé et tout !... et alors j'ai cherché, et bien c'était la bonne clé, mais c'était dans ma tête que c'était pas la bonne clé... la clé que j'avais c'était la bonne clé, mais c'est dans ma tête que j'avais pas le, le... le bon modèle. Il faut le faire ça !... c'est moi, c'est moi, c'est pas la clé, c'est moi... » « Moi l'avenir ? d'abord, je vais faire comme tout le monde, je vais mourir. » « Ils sont presque tous morts, alors je me dis que je vais y aller aussi. On ne peut pas refaire son destin. Son destin il tout petit mais il est écrit. » « Le plus important c'est d'être bien reçu (là-haut). Alors pour être bien reçu, bah il faut être correct en tout ici... y a pas d'autre solution... faut que je sois impeccable ! » « C'est pas l'âge qui me pose un problème, du tout hein... parce que tant que je suis comme je suis... l'âge je veux pas, je veux même pas y penser ! Tant que j'ai, tant que je fais tout moi-même et que j'embête personne... j'ai la hantise d'être obligé d'embêter quelqu'un... »

En dépit de leur caractère fragmentaire, c'est à l'aune de ces paroles que la réussite des accompagnements à domicile doit être pensée.

Le vécu des premiers concernés ne saurait être à-côté et l'impensé de nos dispositifs, il doit en être la source.

Réfléchir en termes de compensation de la perte d'une faculté, ou d'évaluation des besoins d'aide, n'est pas significatif pour les personnes elles-mêmes : cela ne nous permet pas d'entrer en relation avec elles, alors que ce devrait être le but premier de toute présence sociale ou médicale, a fortiori dans l'intimité d'un domicile humain. C'est pourquoi la visée de créer un espace de résonance me semble plus judicieuse.

Hartmut Rosa définit la résonance comme « un rapport cognitif, affectif et corporel au monde dans lequel le sujet, d'une part, est touché [...] par un fragment de monde, et où, d'autre part, il "répond" au monde en agissant concrètement sur lui, éprouvant ainsi son efficacité. »¹⁰

Quelle est la conséquence pratique pour les interventions ? C'est que le domicile ne peut être considéré comme un espace où se mettent en œuvre des pratiques référées à des normes pour répondre à des besoins, mais comme un lieu où une signification

⁹ On retrouve un peu en eux la même coloration d'incertitude, d'anxiété mais aussi d'humour et de lucidité que celle du documentaire de Réjane Varrod *La parole contre l'oubli*, film documentaire de 52 minutes, Roche Productions, 2018.

¹⁰ *Résonance. Une sociologie de la relation au monde*, Hartmut Rosa, La Découverte, coll. « Théorie critique », 2018, p. 187.

commune est recherchée. La question posée par la personne à l'intervenant ne serait plus : « À quel besoin venez-vous répondre ? » ou encore « Mais que faites-vous donc là ? » mais : « Que faisons-nous là ? », « Que puis-je faire autrement et mieux, avec votre appui ? » ou encore « Que pouvons-nous faire ensemble qui facilite ma vie et n'encombre pas la vôtre ? »

Hartmut Rosa précise ainsi ce caractère de réciprocité qui imprime sa marque profonde dans la notion de résonance : « *Les deux entités de la relation, placées dans un médium capable de vibration (un espace de résonance) se touchent mutuellement et apparaissent comme deux entités qui se répondent l'une à l'autre, tout en parlant de leur propre voix.* »¹¹

Et si comme il l'indique « *Chaque itinéraire de vie peut se concevoir comme l'histoire d'une recherche d'une 'oasis de résonance' et d'un évitement des 'déserts d'aliénation'* ». ¹² alors il est tout particulièrement important qu'au terme d'une existence longue, au moment où les espaces d'expression et de sécurité s'amenuisent, où les relations humaines se raréfient, l'intervention au domicile soit l'occasion de créer encore une fois du sens, plutôt que de le faire disparaître.

Pour que l'accompagnement professionnel soit à la hauteur de cette ambition : permettre, voire créer l'espace de résonance, l'une des conditions est que les intervenants soient en mesure d'accueillir des expressions de vie et d'émotions comme celles que nous avons citées pour ce qu'elles sont, à savoir des expériences d'humanité qu'ils peuvent eux aussi traverser. Tous les propos cités font référence à des réalités familières pour des intervenants à domicile, avec lesquelles ils entrent pourtant rarement en résonance.

Par manque de temps, mais aussi par incompréhension de la mission ou encore retrait relationnel à vocation défensive, l'équilibre entre l'entrée en relation et l'acte qui motive l'intervention (une toilette, un diagnostic, un entretien psychologique, la remise en ordre d'une pièce) est rarement accompli. Pourtant, rappelle Hartmut Rosa, « *La réification de l'Autre va toujours de pair avec un élément d'auto-aliénation et donc d'automutilation.* »¹³

L'absence d'entrée en relation n'est pas seulement génératrice de difficulté pour les personnes accompagnées à domicile, mais aussi pour ceux qui réalisent les interventions, et ce indépendamment de leur spécialité professionnelle. Ce n'est pas d'exercer le métier de kinésithérapeute, d'aide à domicile ou de travailleur social qui fait ici la différence, c'est le fait de parvenir ou non à créer une possibilité d'accordage à la personne et à ses proches rencontrés chez eux.

¹¹ *Ibid.*, p. 191.

¹² *Ibid.*, p. 130.

¹³ *Ibid.*, p. 398.

III – TROIS PROPOSITIONS POUR ACCOMPLIR LA RÉSONANCE : PRENDRE LA PLEINE MESURE DE L'ESPACE D'INTERVENTION, INSTITUTIONNALISER DES PRATIQUES RESPECTUEUSES DU « DONNER-RECEVOIR-RENDRE », PROMOUVOIR UNE CULTURE DE LA CONCERTATION ENTRE LES PARTIES PRENANTES

On l'a vu, le système actuel est pour le moment sous le coup d'une extraordinaire tension tenant à la fois au mécontentement des personnes quant au service rendu et à la perte dramatique d'attractivité des métiers du grand âge en général et des missions au domicile en particulier¹⁴. Trois pistes peuvent être proposées pour tenter de relever ces deux défis de manière concomitante.

III.1/ Prendre la pleine mesure de l'espace d'intervention

« Les visites à domicile font partie du quotidien d'intervenants de nombreuses professions, dont celles qui ont trait aux soins, mais aussi à la location de matériel ou à d'autres métiers spécialisés répondant aux besoins des populations âgées en matière de santé, de livraison à domicile, ou de travaux domestiques. Pour autant, elles sont relativement peu étudiées dans les publications scientifiques. »¹⁵ Ce commentaire issu d'un article britannique attire notre attention sur la double difficulté de l'intervention à domicile : d'une part, la relative absence de littérature scientifique permettant d'orienter et d'ajuster les pratiques professionnelles de manière précise ; d'autre part et de manière corrélative, la nature encore secondaire de l'intervention au domicile parmi les préoccupations des politiques publiques de santé, en dépit des intentions politiques affichées depuis déjà quelques années¹⁶.

Cette absence de littérature et de production de connaissances est en outre transverse aux disciplines et aux catégories administratives, puisqu'elle est notée également dans le champ de l'hospitalisation à domicile. « Les textes spécifiques à l'HAD, qui sont relativement peu nombreux, n'interviennent que sur des questions relatives au fonctionnement des structures d'HAD. (...) À défaut, ce sont donc les règles de droit commun qui s'appliquent, et plus particulièrement le Code de la santé publique (CSP). Or, force est de

14 Le rapport de Myriam El Khomri sur les métiers du grand âge remis en octobre 2019 indique ainsi : « À domicile, selon une enquête de l'UNA, le nombre de postes non pourvus est élevé : il concerne un poste sur cinq en 2018 et près de la moitié des structures. Le métier d'aide à domicile serait pourtant le plus créateur d'emploi des trois professions précitées. L'enquête annuelle de Pôle Emploi va dans le même sens. Ainsi, pour 2019, les besoins de main d'œuvre les plus importants concernent en priorité la famille « métiers des aides à domicile et aides ménagères » (76 370 projets de recrutement soit environ 3 % du total) mais les difficultés de recrutement l'affectent particulièrement (81,4 % des recrutements difficiles). Autre donnée parlante, selon le dernier rapport annuel de la branche aide à domicile, le turn-over concernerait une auxiliaire de vie sociale sur cinq et la quasi-totalité des structures. » (p. 36).

15 Sarah Pink, Jennie Morgan, Andrew Dainty, 'Other people's homes as sites of uncertainty : ways of knowing and being safe.' Revue *Environment and planning A* 47, 2015, pp. 450-464. Nous traduisons.

16 Cette relégation au second plan est contredite par d'importants travaux récents dans le champ du grand âge, au premier plan desquels la concertation grand âge et autonomie (2019), le rapport de Myriam El Khomri sur les métiers (2019), et dans une certaine mesure le rapport de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom sur l'habitat inclusif (2020). Toutefois ces travaux ne rentrent pas dans le détail des pratiques professionnelles, pas plus que ne le font les travaux de recherche qui, très nombreux, prennent comme thème central le sujet de l'intimité mais s'attardent plus souvent sur les territoires psychiques que sur les conditions matérielles d'intervention.

constater que les droits des patients et les obligations des professionnels et établissements de santé figurant dans le CSP ont été pensés pour un patient se déplaçant sur un lieu de soins et non pour un lieu de soins se déplaçant chez le patient. (...) Le Code de la santé publique reste hospitalo-centré. »¹⁷

Dans ces conditions, il est intéressant de pouvoir rattacher l'exercice professionnel à des investigations scientifiques dédiées au domicile lorsqu'elles existent. De ce point de vue, la réflexion de Harry Ferguson, professeur de travail social britannique, est originale et précieuse. Elle met en avant grâce à des recherches de natures ethnographiques conduites depuis une dizaine d'années à quel point l'expérience spécifique de l'intervention à domicile pour les travailleurs sociaux révèle des compétences propres relatives car « *les sensations et les émotions entrent en jeu, et le mouvement est capital* »¹⁸.

Ferguson souligne également qu'« *il n'existe pas à proprement parler de plan prédéfini pour les visites à domicile. Les travailleurs sociaux doivent construire leur propre pratique en improvisant leur manière d'entrer et de travailler au domicile. Ceci requiert que les praticiens agissent beaucoup plus en se fondant sur leurs propres savoirs, talents, intuitions, rituels, et sur leur courage personnel, que sur des règles bureaucratiques.* »¹⁹ Il s'agit en particulier pour eux, note-t-il, de savoir se positionner et se mouvoir au sein de l'espace dans lequel on intervient et « *Si la visite à domicile doit être bien comprise, tous les aspects de mouvement, les transitions (du bureau au quartier ; du seuil vers l'intérieur du domicile), les rituels, les corps et les sens en action doivent être décrits, analysés et théorisés.* »²⁰

Ferguson poursuit son analyse en mettant l'accent sur une expérience très particulière du travail social à domicile : celle de franchir une sorte de frontière qui distingue radicalement une maison d'un autre espace (la rue, le bureau, un espace public). « *Quand les travailleurs sociaux interviennent à domicile, ils traversent la frontière vers un autre monde, un processus qui peut être compris comme ce que les anthropologues appellent la « liminalité ». Il s'agit d'un état « entre-deux », une sensation d'absence de normes qui surgit du fait d'évoluer d'un état vers un autre.* »²¹

Face à ce champ d'incertitude, les professionnels sont conduits à une improvisation et une créativité qui peuvent être pour eux une source de plaisir et d'accomplissement professionnel : faut-il encore qu'ils se sentent la possibilité et la compétence pour investir ainsi l'espace, pour accomplir ce que Ferguson appelle un « *travail de la maison* »²².

Faut-il également que ce milieu d'intervention incertain ne soit pas pour eux insécurisant. En effet, les intervenants peuvent être menacés de deux manières au domicile d'autrui : par la présence d'une personne qui les agresse physiquement (celle auprès de laquelle ils interviennent, des membres de sa famille ou des proches, des relations éloignées, voire des visiteurs imprévus ou des intrus) mais aussi, de

17 Arnaud Magnier, Gaëlle Guyon, Frédérique Claudot, 'Hospitalisation à domicile : faut-il adapter le code de la santé publique à la prise en charge à domicile ?', Revue française des affaires sociales, 2020/1, p. 198.

18 Harry Ferguson, 'Making home visits : creativity and the embodied practices of home visiting in social work and child protection', Revue Qualitative Social Work 2018, Vol. 17, p. 66. Nous traduisons.

19 *Ibid.*, p. 68.

20 *Ibid.*, p. 70.

21 *Ibid.*, p. 70.

22 L'expression de l'auteur, citant une travailleuse sociale qu'il a suivi lors de l'une de ses missions, est « *working the house* », et elle consiste à se mouvoir dans l'espace de la maison, en relation avec ceux qui s'y trouvent (membres de la famille, voisins,...), de manière à éviter voire désamorcer les conflits, respecter les espaces d'intimité, mais ne pas se laisser intimider ou influencer au point de ne pouvoir remplir sa mission d'évaluation de la situation de l'enfant, de sa sécurité, et des conditions dans lesquelles il est élevé. Ferguson, *ibid.*, p. 77.

manière plus insidieuse, par l'effet psychique que l'espace produit sur eux. En effet, « plus les praticiens interviennent dans les espaces les plus intimes de la maison, par exemple les chambres, plus le risque est élevé qu'ils soient affectés par les réverbérations des vies de ceux qui y habitent. »²³

Il n'est pas nécessaire que tout acte accompli à domicile fasse l'objet d'une supervision psychologique. Pour autant, les connaissances théoriques enseignées dans les formations initiales s'avèrent souvent insuffisantes. Les professionnels doivent donc bénéficier de modalités de travail qui prolongent les acquis de leur formation en leur donnant la marge de disponibilité et de manœuvre indispensables pour s'ajuster à cet environnement si particulier, notamment grâce à la mobilisation de l'intelligence collective. Prendre la pleine mesure du lieu d'intervention conduit à réinventer nécessairement la formation, les pratiques professionnelles et la conduite institutionnelle des interventions. Comment les réinventer en recherchant la résonance ?

III.2/ Institutionnaliser des pratiques respectueuses du « donner-recevoir-rendre » à domicile

La réponse à l'incertitude du milieu ne peut se trouver dans la prolifération des normes.

D'abord parce que, quelle que soit la richesse des investigations scientifiques, elle ne peut qu'éclairer partiellement l'infinie diversité des actes à accomplir, étant donné celle des lieux et des situations humaines que sont amenés à rencontrer les intervenants. Ensuite parce que la création de la résonance dans le tissu relationnel et l'environnement concret que nous avons décrits exige un accordage empirique fin dont la personne doit être, comme sa famille, l'un des acteurs.

Ceci conduit à plusieurs conséquences opérationnelles dans la manière dont se conçoivent, se régulent et s'institutionnalisent les pratiques professionnelles des intervenants à domicile.

1 Prendre au sérieux le savoir expérientiel des personnes accompagnées, afin qu'il soit parfaitement clair que les intervenants ne sont pas en surplomb de ceux qu'ils aident, mais à côté d'eux face à la maladie ou aux difficultés provoquées par l'avancée en âge, détenteurs de savoirs professionnels qui ne seront opérants que s'ils sont fertilisés par les savoirs que détiennent les personnes sur leur propre maladie, leur expérience de la perte d'une faculté, leur « monde vécu » avec ses singularités, ses pertes et ses ressources (dont le sens de l'humour sur ses propres déficits n'est pas des moindres). Ceci ne se décrète pas, mais s'instaure progressivement, car cela suppose que les savoirs expérientiels soient légitimés par la formation professionnelle initiale et continue. Ainsi, prendre la pleine mesure de l'intervention à domicile conduit non seulement à y faire intervenir des professionnels formés, mais aussi à généraliser l'innovation pédagogique consistant à faire participer les personnes vulnérables, en perte d'autonomie, ainsi que leurs proches, aux dispositifs de formation initiale et continue²⁴.

²³ Harry Ferguson, *ibid.*, p. 78.

²⁴ Pour une affirmation de la valeur des savoirs expérientiels dans la formation, et des ressources sur le sujet, voir le plaidoyer *Associations nos savoirs* et le site www.associations-nos-savoirs.fr.

2 Veiller à la cohérence sécurisante des actions conduites par les différentes parties prenantes. qui, chacune placée dans la situation d'incertitude que nous avons cherché à caractériser, sont amenées à prendre des initiatives légitimes à leurs yeux mais qui multiplient le risque de parcellisation et d'éclatement des accompagnements. « *Il faut prendre garde aux disparités d'actions entre collègues et dans les fratries, et maintenir une équipe coordonnée, managée de façon équitable, où chacun se sent reconnu dans son engagement et où la résolution des conflits est instituée.* »²⁵ Ceci revient donc à instituer des modalités de régulation profondément repensées pour donner aux professionnels en situation objective de solitude au domicile la sécurité d'un cadre d'action partagé.

3 Installer une culture institutionnelle faisant toute la place à l'autonomie et à la prise d'initiative des professionnels. Nombreuses sont aujourd'hui les initiatives inspirées par le modèle des « entreprises libérées », qui cherchent à concilier la qualité de l'intervention au domicile et la réinvention des organisations dans le sens d'une moindre contrainte hiérarchique et d'un développement de la culture coopérative. Instruites du constat d'épuisement et de perte de sens dans les missions d'un grand nombre de professionnels de l'aide et du soin, ces initiatives montrent l'intérêt de penser de manière indissociable les modalités d'intervention et les modalités de régulation et d'organisation, dont le point commun est de se fonder sur la nécessité d'une démarche réflexive, et d'une approche bienveillante. Elles sont néanmoins aujourd'hui encore embryonnaires dans la place qu'elles occupent sur le « marché » de l'aide et du soin à domicile. Ceci est donc le signal qu'une incitation économique manque pour encourager et généraliser les mesures qu'elles prennent pour que les temps d'échange avec les personnes comme au sein des équipes soient possibles et ainsi, reconnaître leur contribution non seulement immédiate mais de moyen et long terme à une « économie du care » bien pensée, c'est-à-dire dans une perspective durable.

4 Penser les pratiques de régulation et d'accompagnement à l'aune de l'obligation du donner-recevoir-rendre chère à Marcel Mauss. Si la conduite et la supervision des actes d'accompagnement et de soin est conçue comme la gestion de l'apport d'une ressource à des personnes qui la reçoivent passivement, il génère des formes de management qui méconnaissent profondément l'un des plus grands facteurs de réussite durable des interventions : la nécessité que l'aide n'écrase pas les personnes par ce qu'elle leur apporte, mais leur donne une occasion de rendre quelque chose de ce qu'ils reçoivent, sous une forme ou sous une autre. Qu'il s'agisse des conditions matérielles de l'accueil témoignant d'une forme d'hospitalité à l'intervenant, de services rendus, ou d'une sollicitude exprimée, toutes les occasions pour une personne aidée ou soignée de se placer dans une position active face à l'intervenant renforcent la réciprocité de leur lien et par voie de conséquence, permettent de respecter le profond besoin d'équilibre inscrit chez tous les êtres humains.

²⁵ Philippe Guillaumot, *op. cit.*, p. 35.

III.3/ Une culture de la concertation pour aider le réseau à surmonter ses dilemmes et résoudre les situations de violence et de maltraitance

Une dernière dimension doit être travaillée pour que le domicile ne devienne pas principalement un lieu pour des épreuves de l'habiter : relégation et dépérissement affectif et social, insécurité voire violence. Il s'agit de la concertation²⁶ entre les différents acteurs qui y interviennent.

Dans cette perspective, on ne peut faire l'économie d'une particulière attention à l'égard des situations de soins inappropriés et de maltraitance, en particulier intra-familiales, car ce sont celles qui sont pour les personnes âgées en perte d'autonomie prévalentes au domicile. Ces situations montrent en effet à quel point peuvent cohabiter :

- ▼ Des bonnes intentions individuelles des professionnels, et de vraies paralysies d'action parfois durables ;
- ▼ Des compétences professionnelles multiples et une inefficacité collective ;
- ▼ Des inquiétudes réelles (fondées ou non) et une absence de résolution partagée.

Pour reprendre l'analyse de Philippe Guillaumot à ce sujet²⁷, le processus de résolution des difficultés doit pouvoir s'appuyer sur *un renversement de la vulnérabilité*, par lequel l'attention n'est plus portée sur l'usager dit « fragile » mais sur les faiblesses des acteurs professionnels en présence et le déficit de leur capacité de coopération ; un principe d'ouverture, grâce à un trépied concertatif associant usagers, politiques, et professionnels et supposant de nouvelles manières de parler les uns des autres, et de se parler aux uns et aux autres, de façon à ce que chacun puisse se sentir reconnu et respecté ; et en conséquence des deux principes précédents, *l'effet positif sur les familles et leurs liens* de voir les intervenants travailler ainsi.

Ce dernier point est particulièrement important. L'absence de résolution des difficultés et violences intrafamiliales ne doit pas seulement se comprendre comme une conséquence de la mauvaise volonté des membres du réseau, de leur manque de temps ou de leur absence de compétence, mais comme une certaine forme de mimétisme des entraves et violences qui traversent la famille elle-même. Autrement dit, on a affaire à un isomorphisme des difficultés de la famille au sein de laquelle se manifestent les détresses multiples, et c'est en le comprenant que les intervenants peuvent le mieux commencer à le résoudre.

En outre, il ne s'agit pas seulement de comprendre que les acteurs du réseau sont le miroir ou le théâtre d'une sorte de réplique des configurations et impasses familiales : il s'agit d'accepter que les tensions du réseau sont elles-mêmes un signe qu'il est *appelé à intervenir, sollicité pour cela*. Les appels et mises en échecs des intervenants sont la manière que la famille a trouvé pour les mobiliser et résoudre au mieux les difficultés qu'elle ne parvient pas à surmonter seule. Plutôt que de la disqualifier, elle ou l'un de ses membres, ce qui est particulièrement tentant dans les situations de maltraitance intrafamiliale, la voie courageuse est sans doute celle de la complexité.

²⁶ La réflexion est ici librement inspirée par des écrits sur la clinique de la concertation, dont on peut trouver la présentation complète ainsi que de nombreuses ressources de référence sur le site <http://concertation.net/>.

²⁷ Philippe Guillaumot, 'Le suivi géro-psycho-geriatrique des malades d'Alzheimer, leur famille et leur réseau', intervention à la journée du CECQA sur la continuité des soins, Bordeaux, 2010, non publié.

Dans une perspective contextuelle²⁸, réengager un processus de résolution concerté en partant des ressources de la famille elle-même, permet de traiter la situation de maltraitance à deux niveaux au moins. Celui de la violence subie, d'une part, qui doit être interrompue rapidement, sans céder à la tentation de banalisation de la violence²⁹. Celui des logiques relationnelles à l'œuvre, d'autre part, pour résoudre le problème durablement.

Il s'agira alors d'analyser les difficultés des familles et de chercher à les résoudre en tenant compte de l'existence en leur sein d'une éthique relationnelle faite de trois dimensions, l'équité, la justice et la réciprocité : « *la famille est considérée comme un laboratoire d'éthique où l'on s'interroge invariablement sur ce qui paraît juste et injuste, sur la qualité de l'attention et de la considération que chacun offre ou reçoit, sur l'histoire de la famille et le patrimoine commun, sur les chances évolutives des liens familiaux pour l'avenir, sur ce qui sera transmis aux générations suivantes* »³⁰. C'est en travaillant sur ces dimensions que le réseau devra alors réapprendre à mieux travailler ensemble, pour restaurer le haut niveau de confiance partagée que ces situations exigent.

Peut-être est-ce là ce par quoi la vie chez soi, espérance tout à fait naturelle pour les citoyens, recouvre des exigences qui paraissent parfois insurmontables lorsque le citoyen visé avance en âge et rencontre des difficultés multiples qui le rendent particulièrement vulnérable. Parce qu'il devient alors le révélateur des ressources momentanées ou durables qu'une collectivité accepte ou non de consacrer à ses citoyens considérés comme non productifs, qu'elles soient d'ordre matériel ou immatériel. Mais plus encore, parce qu'il devient « l'analyseur » de notre situation sociale et du traitement des aînés aujourd'hui. Le sort qui lui est réservé est le reflet des capacités ou incapacités coopératives que les acteurs d'une communauté humaine sont en mesure de déployer pour créer pour lui un environnement respectueux de ce qu'il est, c'est-à-dire aussi de ce qu'il a reçu, de ce qu'il souhaite transmettre aux générations futures, et des loyautés familiales profondes qui font sens pour lui. Un environnement de résonance, pour lui, pour les siens, et pour la famille humaine.

28 Cette perspective correspond aux travaux initiés par le psychiatre américain Ivan Boszormenyi-Nagy, pionnier de la thérapie familiale, dont les deux ouvrages *Invisible loyalties* (1973) et *Between give and take* (1986) ne sont malheureusement pas encore disponibles en français à ce jour.

29 Ceci en soi peut présenter des difficultés considérables pour un réseau incapable de se mettre d'accord sur ce qui est grave ou non, mérite signalement ou non, etc.

30 *La famille maltraitante. Dévoiler, intervenir, transformer*. Gérard Salem Armand Colin, 2011. Cité par Philippe Guillaumot, *op. cit.* p. 38.