

Le Travail de l'Aide- Médico Psychologique :

Etude des contradictions et des paradoxes
inhérents à la constitution d'une profession
nouvelle et encore mal identifié.

Dan Robin

29/11/2011

Table des matières

I.	Méthodologie	4
1.	L'utilisation d'un « informateur » comme moyen de pénétrer le terrain.....	4
2.	L'utilisation de la mémoire comme observation « indirecte » basée sur l'expérience personnel.....	6
3.	Utilisation de questionnaire	7
4.	Utilisation de l'entretien :	8
II.	Contextualisation	8
1.	Historique de la prise en charge du handicap et création de la filière médico-éducative.....	9
2.	Définition de l'institution de soin	12
3.	Flou institutionnel autour des différents métiers du social	15
a)	La fin de la délimitation entre la filière éducative et la filière médicale.....	15
b)	Une confusion juridique	15
c)	Une confusion due à la nouvelle formation des AMP	17
4.	Un paradoxe inhérent au travail dans les institutions de soin.....	18
a)	Les matériaux humains.....	18
b)	Les représentations de l'humain	19
c)	Une contradiction entre l'aspiration et l'activité.	21
	Bibliographie :	23

« Au départ, j'ai eu très peur. A la fin de ma première journée, j'ai pensé que je ne pourrais pas tenir. A la fin de la première semaine, je me suis dit que je pourrais difficilement travailler ailleurs. Je crois que, quand on débute dans ce métier, soit on y plonge totalement, soit on en sort parce que c'est trop difficile. Moi, j'ai choisi d'y rester, mais ce n'est pas mon salaire qui me motive, c'est l'essence humaine. » Témoignage¹ de Jean-François, Aide médico-psychologique

Le handicap et sa prise en charge (surtout financière) est aujourd'hui au cœur du débat politique. Avec la mise en lumière de la dépendance, via les médias télévisés (le téléthon par exemple) et l'allongement de l'espérance de vie, la question sociale de la prise en charge des personnes dites « dépendantes » se retrouve au centre des préoccupations sociales. Au cours du XXe siècle, il s'est peu-à-peu constitué un corps de professionnels spécialement affectés à cette question, ce sont les travailleurs sociaux. Ayant un domaine d'intervention très large (allant de la rééducation des mineurs délinquants à la simple toilette d'un myopathe), les travailleurs sociaux sont présents dans à peu près toutes les couches de la société. Pourtant, peu ou mal connus, les travailleurs sociaux ont encore aujourd'hui beaucoup de mal à se faire connaître et reconnaître. Considérés souvent à tort comme des « sales boulots² », ces métiers souffrent d'une attractivité de plus en plus faible. Pourtant il existe toujours un noyau dur de personnes (souvent des femmes) encore passionnées par ces activités et prêtes à tout donner pour aider leurs prochains.

A l'image de ce qu'il s'est opéré dans la filière médicale au cours de la fin du XIXe siècle, le travail social s'est peu-à-peu divisé et spécialisé en de nombreuses professions fortement hiérarchisées (allant de l'assistant social en passant par l'éducateur pour finir par les aides médico-psychologiques). Cette spécialisation n'est pas la seule similitude que l'on peut trouver entre la filière sociale et la filière médicale. En effet ayant la même vocation, c'est-à-dire soigner (les uns par le corps, les autres l'esprit/l'éducation), ces deux corps professionnels sont amenés à se côtoyer et à se mélanger autour des mêmes publics (les malades, les souffrants, les dépendants, les personnes âgées, etc...). C'est pour répondre à cette obligation de mélange qu'a été créée en 1972, la profession d'AMP (aide médico-psychologique). En effet, ayant pour but de créer un « pont » entre l'éducateur et l'infirmier³

¹ Isabelle Guardiola, *aider les polyhandicapés à vivre, malgré tout, tel est le défi que doit relever chaque jour l'AMP*, L'école des parents, Paris, juin-juillet 2001

² A l'image de ce qu'Everett Hughes pouvait qualifier de "dirty work" dans *Good People and Dirty Work*, article publié dans *Social Problems*, vol. X, Summer, 1962

³ A noter que l'aide-soignant est aujourd'hui en phase de faire la même chose, bien qu'à sa création, ce métier n'était destiné qu'à seconder les infirmières trop peu nombreuses au milieu du XXe siècle.

l'AMP est à la base (aussi bien hiérarchique que symbolique) du travail social. L'aide médico-psychologique travail généralement dans des institutions de soin spécialisées fermées et a pour principal public (environ deux tiers) les personnes en situation de handicap. Son activité principale est de prendre soin au quotidien des personnes dépendantes et de les assister dans chacun leurs actes.

Etant un métier nouveau (moins d'un demi-siècle d'existence), le métier l'AMP est encore en pleine phase de constitution (à l'image des récentes réformes juridiques sur la profession). Sa proximité traditionnelle avec des métiers issus du champ médical (aide-soignant) puis du champ de l'éducatif (moniteur-éducateur) a rendu et rend aujourd'hui encore particulièrement difficile son identification par les institutions et les professionnels eux-mêmes. Quotidiennement tiraillé entre un travail de soin et un travail éducatif, l'AMP se retrouve à devoir réfléchir et à réinventer constamment son identité professionnelle au milieu des contradictions émanant de ses hiérarchies éducatives et/ou soignantes.

En sociologie, et plus généralement en science humaine, le travail social n'est peu ou pas analysé. En effet le travail des travailleurs sociaux est un champ encore quasi-vierge. Il existe bien entendu des recherches sur le travail social et sa définition ou sa place dans notre société (avec des auteurs tels que Marcel Jaeger ou Valerie Lansiaux). Mais ceux-ci sont trop peu nombreux pour constituer un vrai champ de recherche autonome.

Il est donc sociologiquement intéressant de s'interroger sur cette profession et ses représentations ou ses contradictions. Tout d'abord parce qu'elle est une profession relativement jeune (moins de 50ans d'existence) et parce qu'en en suite elle induit tout un tas de paradoxes (autour par exemple des représentations de ce qu'est « le patient/résident ») et de contradictions inhérentes à sa définition trop floue. Ce travail se pose donc comme une première réflexion autour de ce métier resté trop longtemps caché aux yeux de grand public. On peut se demander alors ***Comment l'AMP se représente-elle⁴ aujourd'hui son travail, et comment gère-t-elle les contradictions et les paradoxes propres à son objet de travail (c'est-à-dire l'humain) et la définition trop floue de son activité ?***

⁴ Le féminin est utilisé ici car statistiquement les AMP sont plus souvent des femmes, mais c'est en réalité un abus de langage.

Majoritairement, les AMP travaillent au près des personnes handicapés, dans des institutions aux noms et aux buts diverses et variés. Elles se différencient principalement par l'âge, ainsi que les degrés de dépendances des personnes accueillis :

Traditionnellement, on retrouve des AMP dans :

- Des instituts médico-éducatifs (IME), instituts médico-pédagogiques (IMP) instituts médico-professionnels (IMPRO) auprès d'enfants ou d'adolescent.
- Des foyers de vie ou occupationnels, des foyers d'accueils médicalisés (FAM), des maisons d'accueils spécialisées (MAS)...auprès d'adulte.

Aujourd'hui on commence peu-à-peu à retrouver⁵ les AMP dans :

- Des maisons d'accueil pour personnes âgées (MAP)
- Des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Des foyers et centres d'action éducative, centres éducatifs renforcés (CER)...
- Des hôpitaux...

I. Méthodologie

1. L'utilisation d'un « informateur » comme moyen de pénétrer le terrain.

Suite à différents refus, ou du moins non-réponses, des institutions sollicitées, il est apparu que l'observation directe dans les lieux où le travail est en train de se faire serait impossible. Le fait est qu'une enquête sur ce sujet, sans connaissance minimal du milieu semble difficile voire impossible. Or cette connaissance minimale, est ici possédée, puisque ayant déjà travaillé dans ce milieu, mon expérience personnelle servira « d'observation informel » mais nous reviendrons dessus plus tard. Un autre procédé sera utilisé pour mieux entrée dans ce champ spécifique, c'est :

L'observation par l'intermédiaire d'un informateur. Selon le sociologue Georges Granai, elle peut se définir comme ceci : « *L'observation par l'intermédiaire d'un informateur est un procédé technique d'enquête fréquent en ethnographie ou l'obstacle linguistique, le décalage*

⁵ Comme nous le verrons plus tard, le travail dans ces établissements est nouveau et constitue pour l'AMP une nouvelle contradiction.

des cultures, le caractère souvent ésotérique des manifestations, enfin l'absence de l'adjuvant que constitue le document écrit, rendent malaisée l'observation directe et l'appel aux sources «objectives» d'information.⁶». Bien que peut utiliser en sociologie, cet outil technique semble résoudre un des problèmes qui est posé par les refus d'observation : c'est-à-dire comment voir ce qu'il se passe dans une institution qui refuse le regard du chercheur ?

Demander à quelqu'un d'observer quelque chose pour lui (là où il n'est pas le bienvenu), puis de le restituer au sociologue semble pratique et permet de voir ce qu'y est caché, mais pose une foule de questions méthodologiques. Peut-on croire sur parole l'informateur ? Sa parole est-elle objective ? Peut-on utiliser ses informations telles quelles ? etc... A toutes ces questions la réponse est non, bien entendu, l'observation via l'informateur demande un travail d'analyse bien spécifique, tout d'abord « [...] L'informateur doit être identifié. Il faut s'assurer qu'il appartient bien au groupe considéré et déterminer l'emboîtement des différents sous-groupes dont il fait partie⁷ » Seulement, cela ne suffit pas comme l'explique Georges Granai, « Ceci posé, il sera opportun de le considérer comme représentant du groupe le plus restreint possible auquel il appartient et de le relier constamment à tous les autres. Agir autrement fausserait rapidement les vues [...]. Le choix ayant été opéré, il reste à utiliser l'informateur... » A cela, il faut rajouter qu'il est impératif de prendre de la distance avec ce qui est dit par l'informateur, et de ne pas confondre ses jugements de valeurs avec des faits sociaux que l'on pourrait objectivement observer. Dans le cadre de cet enquête, l'informateur(en l'occurrence ici l'informatrice) est la même personne qui a tenté de nous introduire au sein de l'institution. Il est important de bien comprendre que, cette informatrice n'est pas issue de la tradition de recherche sociologique et n'en possède ni les codes ni les méthodologies. Nous sommes ici donc dans le cadre du discours commun (c'est-à-dire non objectivé scientifiquement) et proche de ce que l'on pourrait trouver dans un récit de vie. A la différence qu'ici les observations sont plus fournies et plus précises puisqu'elles sont pour la plus part observées et racontées au jour le jour. Le problème de ce genre d'observation est qu'elle interdit l'utilisation de ce matériel comme base unique de la réflexion, néanmoins il en sera un des supports (notamment via l'utilisation d'anecdotes ou de précisions sur un sujet précis). De plus cette observation rapportée peut-être l'occasion d'une analyse des

⁶ Georges Granai, « *Techniques de l'enquête sociologique* » in ouvrage sous la direction de Georges Gurvitch, *Traité de sociologie*, tome premier, chapitre VII, pp. 135-151. Paris: Les Presses universitaires de France, 3e édition, 1967.

⁷ Georges Granai, « *Techniques de l'enquête sociologique* » in ouvrage sous la direction de Georges Gurvitch, *Traité de sociologie*, tome premier, chapitre VII, pp. 135-151. Paris: Les Presses universitaires de France, 3e édition, 1967.

représentations issue du personnel sur ce qu'il se passe dans les institutions de soin, où travaillent les AMP. Enfin compléter à mes souvenirs personnels d'observateur « participant », il me sera possible de vérifier ou du moins de crédibiliser la parole de l'informatrice.

L'informatrice de cette enquête peut se définir comme ceci : Elle a 24ans, est en formation pour devenir AMP (du moins, elle l'est au moment de l'enquête). Sa famille est d'origine modeste et elle vit actuellement chez sa belle-famille. Elle a relativement travaillé longtemps auprès des personnes dépendantes (maison de retrait, handicap etc...) et est devenue AMP par soucis de reconversion professionnel. En effet, elle possède un BEP secrétariat mais n'a jamais souhaité l'utiliser sur le marché du travail. Ne possédant pas le BAC, elle a longtemps cherché à devenir infirmière (en commençant par être aide-soignante). Mais elle a décidé suite à un passage en IME de s'orienter vers l'éducatif (en commençant par être AMP pour devenir éducatrice). Après son diplôme elle aimerait travailler dans une institution de type MAS, IME ou IMP.

2. L'utilisation de la mémoire comme observation « indirecte » basée sur l'expérience personnel.

Comme évoqué plus haut, ne pouvant pas observer de manière physique ce qu'il se passe dans les institutions de soin, il est obligatoire de trouver « des moyens détournés » de pénétrer les lieux de travail des AMP. Cette entrée dans le terrain est déjà fait puisqu'en effet, le chercheur (moi-même) a déjà travaillé dans un IME. D'ailleurs, sans cette activité extra-universitaire réalisée il y a 2ans, cette recherche n'aurait pas eu lieu. Ensuite, à l'image de ce que pense Howard Saul Becker, l'expérience personnel « *consiste en partie à nous éviter d'énoncer des hypothèses imprudentes ; Johan Galtung montre que les sociologues d'Amérique Latine entretiennent souvent des hypothèses manifestement fausses sur d'autres groupes sociaux, en grande partie parce que la structure de la société sud-américaine est telle qu'ils n'ont jamais pu avoir de contacts personnels avec des membres de ces groupes...*⁸ ». De plus cette expérience peut être une base d'élaboration d'hypothèses puisqu'« *une autre vertu de l'expérience personnelle élargie [...] est de rendre accessible un grand nombre d'analogie possibles.* »

⁸ Howard S. Becker, *Travail sociologique : Méthode et substance*, academic press, 2006, pag. 46-47.

Aussi utilise que cela puisse être, notamment pour problématiser et proposer des hypothèses sur un monde aussi fermé (nous reviendrons là-dessus plus tard), il est important de bien comprendre les biais propres à l'utilisation de l'expérience personnelle du chercheur. Tout d'abord, cette expérience est ancienne et la mémoire humaine est défaillante. Ainsi, certains éléments peuvent à terme être tout simplement déformés voir oubliés. Ensuite, la prise de distance, nécessaire à l'approche scientifique rigoureuse, est forcément plus difficile, dans le sens où ce qui touche personnellement le chercheur est toujours plus dur à analyser qu'un fait qui lui est externe. De même, en tant qu'acteur spécifique à un moment donné du milieu, le sociologue se retrouve en position d'être lui-même l'objet de son interrogation, au risque de faire passer ses présupposés (son sens commun) pour des analyses objectives. Il est possible de continuer la liste des biais encore longtemps, mais le principal a été ici exposé. Cette utilisation de l'expérience est donc un outil d'enquête, mais il ne peut en être le principal, c'est pour cela que les techniques de l'entretien et du questionnaire seront aussi utilisés dans cette recherche

3. Utilisation de questionnaire

Pour commencer le terrain à proprement dit, j'ai pris le parti d'aborder celui-ci par un questionnaire à l'intention des futurs-AMP en formation dans une école privée (de toute façon les lieux de formation pour le Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique sont exclusivement privés) du SUD de l'Essonne.

25 questionnaires ont été transmis à 2 groupes de formation, et 25 personnes y ont répondu, ce qui est très bien, mais compréhensible puisque ces questionnaires ont été distribués par l'informatrice mentionner plus haut (elle a par ailleurs, elle-même répondu à ce questionnaire). De plus il semblerait que les AMP en formation ont été touchées par l'attention portée par le chercheur, puisqu'en effet, il est rare que ce métier soit étudié hors des recherches propres au milieu. Ce questionnaire comportait une série de 9 questions portant pour l'essentiel sur la formation et les anciennes activités de personnes interrogées⁹.

⁹ Pour plus d'information voir l'annexe 1.

Cet outil permet de poser des premières les premières pierres de l'analyse de la profession (notamment sur les formes d'accessions au métier) et permet ainsi de réfléchir à la grille d'entretien qui sera utilisée lors des différents entretiens qui seront réalisés ultérieurement.

Il est intéressant de s'arrêter quelque temps sur la dernière question posée : 9/ *Avez-vous des remarques, des idées, des revendications ou autres, à proposer à un sociologue qui enquête sur le métier de l'AMP ?*

Volontairement vague, elle avait pour but non-avoué de laisser les interrogés s'exprimer sur ce qu'il aimerait exprimer à un chercheur. Elle fut de nombreuses fois mal interprétée ou détournée, mais certaines réponses sont révélatrices de certaines préoccupations de ces futurs-professionnels. Parmi de nombreuses réponses diverses et variées, une réponse fut récurrente, c'est celle du salaire (avec une réponse prenant le chercheur à témoin : « *Oui j'en ai une !!! Dites-leur d'augmenter nos salaires s'il vous plait !!!* »). Globalement, cette question fut bien plus prolixe qu'espérée, et au moins ce titre, ce questionnaire est une réussite. A l'heure actuelle, je ne sais pas si j'en utiliserais d'autre, mais ma priorité reste l'entretien.

4. Utilisation de l'entretien :

N'ayant pas accès de mes yeux à différents lieux de travail. Le meilleur moyen de connaître ce champ, est d'utiliser l'entretien. Fier de lancer l'analyse qualitative en science sociale, cette méthode d'enquête constituera l'outil principal de cette recherche. Les différents entretiens prévus seront pour l'instant semi-directifs. Cette recherche cherchera à être le plus exhaustif possible, interrogeant à la fois des AMP en formation, des AMP diplômés, ainsi que des formateurs. Pour l'instant, aucun entretien n'a été réalisé mais les premiers seront réalisés début décembre. Une analyse réflexive sur cet outil sera alors réalisée.

II. Contextualisation

1. Historique de la prise en charge du handicap et création de la filière médico-éducative.

Comme le montre Michel Foucault¹⁰ dans son livre « *Histoire de la folie à l'âge classique* », avant 17 et 18^{ème} siècles, les « fous » étaient relativement intégrés aux communautés de vie. Ils possédaient leurs places, même si elles étaient considérées comme marginales. Dans les communautés rurales « le fou du village » (quelqu'un d'atypique mais qu'on tolère) faisait partie du paysage et étaient relativement respectés. A la fin du moyen-âge ce sont surtout les lépreux que l'on enfermait. Progressivement et suite à l'éradication de lèpre, ces institutions de soin vont être modifiées pour enfermer et écarter les exclus en tous genres (les fous, les vagabonds, les prostituées). Progressivement ces dispositifs d'enfermements se spécialisent, passant du statut de lieu de réclusion sans discrimination à des « asiles » où sont enfermés les personnes considérées comme « folles » (et elles y resteront jusqu'à la seconde moitié du XX^e siècle). Historiquement, il s'est donc peu à peu construit l'idée que les marginaux doivent être mis à l'écart de la société, et s'est institutionnalisé en même temps la figure sociale de la folie.

Très longtemps, le champ social et la prise en charge de la « folie » est resté la chasse-gardée des bonnes œuvres et des religieux. C'est après la Révolution de 1789 que l'on assiste en France aux premières interrogations (héritières directes des aspirations humanistes Révolutionnaires) politiques autour du travail social. Néanmoins cette question reste à la charge des institutions de la « charité chrétienne » et des « asiles de fous » jusqu'à la fin du XIX^e siècle. La « commande » d'intervention sociale reste alors essentiellement une affaire de famille et d'individualité.

Au niveau étatique, la priorité est de mettre au ban les « fous » pour préserver la société. En 1838 Jean-Étienne Esquirol rédige une loi qui rendit la création des hôpitaux psychiatriques (alors appelé « asiles ») obligatoire dans chaque département. La vie dans ces grands hôpitaux psychiatriques (ou asiles) était rythmée de façon immuable. Toute transgression était sévèrement punie et les traitements curatifs peu nombreux. Des méthodes comme la saignée, l'utilisation de purgatifs, sédatifs (type mure de potassium, vomitifs ou de l'eau (notamment la balnéothérapie) pour ses vertus relaxantes (techniques relevant de la théorie des humeurs)

¹⁰ Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.

côtoient des méthodes barbares (comme faire frôler la mort au malade pour provoquer un état de choc)¹¹.

Suite logique de la révolution de 1848, à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle, le quasi-monopole de la prise en charge des handicapés est peu-à-peu arraché à l'église au profit de la bourgeoisie libérale qui à cette époque se découvre une nouvelle vocation philanthropique auprès des plus démunis (démunis notamment face au nouveau capitalisme industriel fort générateur d'inégalité...). C'est le cas notamment de l'Union Française de Sauvetage de l'Enfance créée en 1887 avec le soutien du philosophe Jules Simon. Il s'agit alors de la première institution - pour enfants orphelins - laïque, dès son origine elle est composée de philanthropes bourgeois (Paul Deschanel, Gaston Doumergue, Paul Valéry, Gustave Roussy, Robert Debre, La Maréchale de Lattre de Tassigny, François Serdoux en ont assuré la présidence).

Parallèlement, les syndicats de la période de la révolution industrielle s'organisent en *coopérative* afin d'aider les familles ouvrières nécessiteuses, sans pour autant s'impliquer plus dans le champ social. A cette époque, l'action sociale se présente donc avant tout comme une *éducation morale* portée par la bourgeoisie bien-pensante et quelques aristocrates philanthropes.

Au début du XX^e, conjointement avec le mouvement social plus général de scission entre Etat et Eglise (la loi de 1905¹² en étant un bon exemple), la question du social est définitivement écarté de la religion pour être délégué par l'Etat à des associations et des mouvements sociaux financés par des fonds privés issue des hérités des philanthropes du XIX^e siècle (fortement inspiré alors par les théories hygiénistes). L'Association *Institut Seguin* est fondée en 1935 par des personnes désireuses de porter une aide aux « handicapés mentaux ». Ce fut, la première école spécialisée (se différenciant alors fortement des institutions d'enfermement simple du type « asiles » ou « hospices ») pour déficients mentaux moyens et profonds. À noter que les anciens élevés de l'école polytechnique ont assuré par leurs dons l'existence de cette association¹³

¹¹ Laure Murat, *La maison du docteur Blanche : histoire d'un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant*, Hachette, 2001, 424 p.

¹² Loi du 9 décembre 1905, relative à la séparation des Églises et de l'État.

¹³ D'après la présentation officiel de l'association : <http://www.udapei94.fr/seguin.php>

Pour l'historien spécialiste de la question Michel Chauvière, le régime de Vichy opère¹⁴ une véritable rupture dans le traitement de cette question sociale en créant prise en charge structurée, cohérente et opérationnelle des enfants "inassimilables" (ceux que l'on qualifiera « d'enfants inadaptés" après 1943) à partir de 1942.

A la prise en charge par des fonctionnaire, Vichy choisira - conformément à sa politique régionaliste (au niveau culturel, linguistique et social) forte et à son idéologie individualiste (sous Vichy on dénigre les instituteurs au profit des bénévoles) - des association régionales pour s'occuper de ces «inassimilables» : C'est la création des Associations régionales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (Arsea).

De plus le Régime de Vichy fut aussi à l'origine des premières écoles de cadres rééducateurs, dans un contexte de grande sollicitude à l'égard de la jeunesse, comme le sont tous les régimes à tendances totalitaires(Le jeunesse Hitlérienne en Allemagne et Les jeunesse fasciste en Italie illustre ben ce phénomène).

Finalement c'est bien le régime de Vichy qui portera réellement premier la question du la prise en charge des personnes dépendantes et de leurs mode de vie au niveau Etatique. La libération se contentera de reconduire et d'étendre cette politique, échouant à tenter d'y modifier quelque peu le statut de l'initiative privée et l'idéologie ambiante.

Dans les années 50, il se crée un « partage » des pouvoirs entre magistrats et médecins avec la création de deux secteurs bien distincts quant à la prise en charge des mineurs en difficulté (le schéma pour les majeurs étant analogue).

D'un côté se constitue « l'Education Surveillée » rattachée au pouvoir judiciaire qui s'adresse à l'enfance délinquante, puis celle conçue comme « en danger ». De l'autre, l'enfance handicapée est placée sous la tutelle du ministère de la santé. A partir de 1948, les subventions « paternalistes » sont remplacées par un « prix de journée¹⁵ » accordé à des établissements médico-pédagogiques agréés par la sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie. Par la suite, l'Etat continuera déléguer cette responsabilité à des associations et

¹⁴ Micel Chauvière, *Handicap et discriminations Genèse et ambiguïtés d'une inflexion de l'action publique dans Lutter contre les discriminations*, La Découverte, 2003.

¹⁵ Le prix de journée est l'indemnisation proposée par la sécurité sociale lorsqu'un patient est hospitalisé en hôpital ou en clinique.

Le prix de journée est le même quelle que soit le tarif de l'hôpital ou de la clinique, il est fixé par une convention.

préférera légiférer sans s'impliquer réellement dans la prise en charge des personnes en situation d'handicap. En 1956, l'annexe XXIV, texte qui régit les IMP/IME, permet le développement d'établissements privés à « but non lucratif », sur toute la France, gérant entièrement et de façon autonome la prise en charge des enfants handicapés. Le financement de ces établissements dépend entièrement du ministère de la santé et de l'action sociale.

Aujourd'hui, l'action sociale est essentiellement une commande émanant des collectivités territoriales, principalement au niveau du Conseil Général.

Historiquement la prise en charge de le handicap est donc de l'ordre du local et de l'associatif (ou du « privée à but non lucratif »). La conception de l'asile total et fermé sur lui-même est restée dans les consciences et se décline aujourd'hui sous la forme d'institution de soin fermé¹⁶ au monde extérieur et généralement retiré de la vie urbaine.

C'est dans cette même optique qu'après la guerre, l'Etat a construit tout une hiérarchie de profession pour prendre en charge (sous un statut privée) l'action social (en faveur des personnes dépendantes) : l'éducateur créer dans les année 40 avec un diplôme d'Etat institué par la suite en 1967, le moniteur éducateur (le certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur-éducateur est institué en 1970) et certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique institué en 1972.

Parallèlement à l'élaboration de cette filière éducative, une branche d'accompagnement médical¹⁷ - des personnes « malades » - fortement divisée (avec la création notamment du statut d'infirmière en 1946 et d'aide-soignante en 1956) s'est petit-à-petit greffé au pole éducatif. Créant ainsi la filière médico-éducative. C'est dans ce contexte que née travail l'AMP.

2. Définition de l'institution de soin

¹⁶ Nous reviendrons plus tard sur la définition actuelle des institutions de prise en charge du handicap.

¹⁷ Car les « *handicapés* » sont considérés dans notre société comme des malades ayant besoin de soins spécifiques

Maintenant que les bases historiques ont été posées, il est important de s'attaquer à la définition sociologique, conceptuelle, des institutions médico-éducatives actuelles.

A l'heure actuelle, il n'existe pas en sociologie de concept plus adapté que « *l'institution totalitaire* » de Goffman pour définir les lieux de travail des AMP (dans les limites du terrain de cette enquête, c'est-à-dire les institutions de soin et non de réinsertion, qui sont-elles plus ouvertes).

C'est-à-dire un « *lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement réglées* »¹⁸.

Cependant ce concept porte les « stigmates » de sa création, évoquant aujourd'hui une institution anti-démocratique où l'homme et ses droits sont sans cesse bafoués. Dans cette étude, nous prendrons la définition de Goffman au premier degré tel qu'il a pu le décrire dans « l'Asile », c'est-à-dire dégagé de toute considération philosophique négative. Car en effet, l'asile d'hier n'est pas l'institution médico-éducatrice d'aujourd'hui. De grand effort démocratique ont été opérés par les différents agents du milieu et nous sommes loin de l'institution austère, froide, cruelle et dégradante que pouvait être les asiles des années 60.

Néanmoins, des choses restent, comme notamment cette tendance lourde qu'ont gardée ces établissements à très coupé du monde¹⁹. Cela se retrouve dans la localisation géographique de ces institutions, souvent situées en zone peu urbanisée. De plus les bâtiments sont souvent « cachés », en « retraits » et ne s'affichent pas (ou peu) via des panneaux informatifs.

Contrairement à ce que pense la chercheuse américaine Sue Estroff²⁰, l'institution totale fermée est toujours d'actualité. Bien entendu, le modèle de l'hôpital de jour, est aujourd'hui actualisé, particulièrement dans la psychiatrie, mais il ne s'opère pas tel qu'elle dans les institutions spécialisées dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. Effectivement, les résidents possèdent « un chez eux » à l'extérieur de l'institution, néanmoins ce n'est pas eux qui décident quand ils peuvent y retourner. Seule la famille peut

¹⁸ Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968, trad. de L. et C. Lainé, p.41.

¹⁹ Néanmoins, cette tendance semble se renverser peu-à-peu, car en effet de nombreux projets d'institution situés en ville sont aujourd'hui en étude.

²⁰ Sue Estroff, *Le Labyrinthe de la folie, Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Col. Les Empêcheurs de tourner en rond, Institut Synthélabo distrib, PUF, 451 p., 140F

choisir de faire rentrer leurs enfants à la maison. D'ailleurs, l'entrée dans l'institution est le choix unique de la famille, la loi, n'obligeant pas à une prise en charge institutionnalisée. La seule obligation pour la famille est celle de l'instruction de l'enfant jusqu'à 16 ans. Il est néanmoins difficile de créer une norme d'instruction commune à un ensemble d'enfant souffrant de troubles extrêmement différents, ce qui laisse aux familles un choix large (allant de la totale non-prise en charge institutionnelle jusqu'au placement à vie). La durée des séjours en institution varient en fonction du choix des familles : certains y restent la journée, d'autres la semaine, ou un mois voire plus. Il existe aussi des cas (pas tant marginal que cela) où la personne en situation de handicap se retrouve sans famille (abandon, retrait de garde, mort de la famille etc...) à ce moment-là, sa vie est entièrement prise en charge par l'institution (avec un juge désigné comme tuteur). Il ne possède donc pas de « chez soi extérieur » et l'établissement est réellement total pour lui.

Même dans le cas d'une prise en charge courte (une journée) l'institution a tout pouvoir sur la personne (durant la période où la personne est confiée par la famille). En effet, il ne peut être libre de ses mouvements, puisqu'il est « jugé » comme étant inapte à piloter sa vie. À ce titre, l'institution est donc fermée puisqu'elle entrave la liberté de choix et de mouvement de la personne. L'institution reste aussi totale puisque le temps et les activités de la personne sont organisés et prescrits par l'institution (bien que des arrangements puissent être obtenus en négociant une grasse-matinée ou un peu plus de temps le soir devant la télé).

Le regard de la personne handicapée est consultatif sur sa vie, dans le sens où il ne peut montrer que son adhésion ou son refus aux diverses activités proposées, le choix revenant en dernier lieu à l'institution (représenté par le psychologue ou le médecin). Toujours dans cette optique de soin, l'institution choisit pour la personne un « *projet personnalisé* » dans le but de le « faire progresser », c'est-à-dire lui retirer ou lui changer une habitude qu'elle affectionne, mais que l'équipe juge comme étant néfaste pour lui ou hors norme (par exemple ce masturbé, manger avec les doigts, crié, avoir un « doudou »...).

Il est donc clair que les établissements accueillant les personnes en situation de handicap peuvent être définis comme des institutions totales fermées, mais il faut la prendre au sens

strict du terme, sans être influencé par la perception négative (peut-être trop autoritaire) qu'elle peut avoir chez certain aujourd'hui²¹.

3. Flou institutionnel autour des différents métiers du social

a) La fin de la délimitation entre la filière éducative et la filière médicale.

Jusqu'à la fin des années 1990, le travail au sein des institutions de soin était relativement bien délimité et très cloisonné. Avec d'un côté une filière éducative s'occupant exclusivement du handicap et de l'autre une filière médicale s'occupant des malades et des personnes âgées. C'est ainsi que c'est opéré la répartition des postes : Aide-soignante en maison de retraite où elle représente jusqu'à 30 % du personnel (alors les trois quarts des établissements pour handicapés n'emploient aucune aide-soignante²²). Et aide médico-psychologique en IME ou MAS (en 2007 encore 2/3 des AMP travail au près d'adulte handicapé²³).

Jusqu'au début des années 90 cette répartition AS/AMP était institué par-là l'Etat via une législation stricte éloignant les AMP des maisons de retraite et vice et versa. L'arrêt du 30 avril 1992 rend l'AMP compétant pour la prise en charge des personnes âgées. Ce mélange des professions à commencer à crée des confusions entre les AMP et les AS.

b) Une confusion juridique

²¹ Cette définition sera bien entendu, retravailler et/ou changer à la fin du travail de terrain, néanmoins, la définition actuelle suffit pour aller sur le terrain et pour appréhender le lieu de travail des AMP.

²² Éric AMRANE (Drass) Bernadette de la ROCHÈRE (Insee), « *Les aides-soignants : dans les hôpitaux, dans les maisons de retraite, et dans les services de soins à domicile* », INSEE, 2007.

²³ Statistique : Document réalisé Avec la collaboration de M. Vastel, président de l'AFAMP (Association Française des AMP) Conseil Régional de Bourgogne.

Mais cette confusion ne tiens pas seulement du lieu de son activité mais aussi de ces différentes définitions juridiques. Si l'on étudie historiquement les différents statuts de l'AMP, on se rend vite compte que la hiérarchie de l'AMP est très hétérogène :

« La Convention Collective de 1966 précise que les A.M.P. sont « auxiliaires d'éducation placés auprès de l'éducateur et travaillant sous sa responsabilité » soit un travail d'exécutant, dans une place de second, plus particulièrement chargé des tâches matérielles.

L'arrêté du 4 septembre 1972 instituant le Certificat d'Aptitude fait disparaître deux précisions préalablement proposées: la limitation de l'intervention des A.M.P. aux enfants et jeunes handicapés et aux IMP. Il est vrai qu'à la même période apparaissent de nouvelles structures pour handicapés adultes (tels les CAT) qui vont commencer à recruter massivement des A.M.P...

Le 27 août 1984, un arrêté modifie à nouveau la définition de la profession. L' A.M.P. n'est plus le second de l'Educateur Spécialisé, mais travaille à ses côtés. Pour la première fois, les termes d'adolescent ou d'adulte apparaissent

[...]L'arrêté du 30 avril 1992: l' A.M.P. est intégré à des « équipes pluri professionnelles » et placé « sous la responsabilité d'un travailleur social ou paramédical ».²⁴

Dernièrement en 2006 la transformation du CAFAMP en Diplôme d'Etat crée une nouvelle redéfinition du rôle de l'AMP en introduisant le fait suivant : *« La profession d'A.M.P. constitue une première qualification de la filière éducative. »*. L'AMP se retrouve donc rattachée exclusivement à la filière éducative, sans pour autant redéfinir les responsables hiérarchiques de l'AMP. On ne sait plus si elle travaille *avec* ou *pour* l'éducateur spécialisé, l'infirmière ou le médecin etc....

Ainsi donc le statut de l'AMP à traverser différente période d'autonomie et de subordination à la filière éducative pour être aujourd'hui sous la responsabilité de *tout le monde* ou du moins *on ne sait qui*. Bien que rattaché à la filière éducative, il est très difficile de savoir qui prend les décisions et qui dirige, tant l'idéologie de l'équipe pluridisciplinaire travaillant en coopération est forte dans les institutions de soin. D'un côté l'AMP répond aux exigences

²⁴ Jacques Trémintin, *une profession en expansion : Les AMP*, Lien Social, n°396, 01/05/1997.

médicales des infirmiers, et de l'autre est subordonné aux invectives de sa hiérarchie éducative.

c) Une confusion due à la nouvelle formation des AMP

A cela s'ajoute une transformation de la formation de l'AMP en 2006, rapprochant les 4 diplômes de niveau V du champ médico-social (DEAS : aides-soignant, DEAMP : aide médico-psychologique, DEAVS : auxiliaire de vie sociale, DEAP : auxiliaire de puériculture), créant ainsi des passerelles (via la validation des acquis de l'expérience VAE, ou des allègements de formation) entre ces 4 professions. *La validation automatique* des Domaines de Compétences (DC), équivalent des UE universitaires, commun aux 4 diplômes, permet à la personne d'obtenir un allègement de moitié voir des trois-quarts de sa formation (du diplôme visé).

Passerelles : diplômes de niveau V²⁵

Dispenses : d'un diplôme à l'autre quelle validation automatique ?

Diplôme visé → Diplôme acquis ↓	DEAVS	DEAMP	DEAS	DEAP
DEAVS	-	4/6 DC	4/8 DC	3/8 DC
DEAMP	4/6 DC	-	5/8 DC	4/8 DC
DEAS	2/6 DC	3/6 DC	-	6/8 DC
DEAP	0/6 DC	1/6 DC	6/8 DC	-

La proximité des compétences, et la nouvelle mobilité du personnel médico-social (que l'on peut par exemple observer dans les réponses données aux questionnaires, avec 2 DEAVS et une titulaire du CAFAD, ancienne version du DEAVS, en formation pour devenir AMP") créer une confusion supplémentaire. Outre la confusion des lieux de travail (entre l'AMP et AS), cette organisation en DC crée une confusion propre à la formation, aux compétences délivré par le diplôme d'Etat, qui participe au brouillage des frontières entre les professions « sanitaires et sociales » de niveau V (en bas de l'échelle).

²⁵ Bernard Bruhat, Pierre Papon, *Du CAFAMP au DEAMP : un nouveau diplôme...et de nouveaux AMP*, in Les aides médic-psychologiques : prendre soin au quotidien, Paris, éres, 2009, pag 41.

4. Un paradoxe inhérent au travail dans les institutions de soin

a) Les matériaux humains.

En 1968 Goffman montre dans « Asile », que le travail et l'univers dans des institutions est l'humain. Ce « travail sur l'homme » est à bien des égards pour lui analogue à celui du travail avec des objets matériel. Pour Goffman, « *En tant que matériaux, les hommes peuvent revêtir en quelque sortes les mêmes caractéristiques que des objets inanimés*²⁶ » ainsi les infirmières hospitalières peuvent préférer les jeunes qui seraient « plus sympas » aux vieux qui seraient plus « ronchons », ou certaines AMP rechignent à faire la toilette à des personnes « trop lourdes » à porter. Goffman continue en montrant que « *Exactement comme un article usiné à la chaîne doit être accompagné d'une fiche-témoin portant indication des opérations exécutées [...] Un objet humain qui circule à travers l'organisation de l'hôpital psychiatrique par exemple, doit être accompagné d'une série de renseignements qui donnent le détail de ce qui a été fait au patients...*²⁷ ». Et effectivement cette pratique existe toujours sous la forme de « dossier de transmission » et de « feuille de synthèse ». Néanmoins cette analogie est de moins en moins vraie puisque l'humain est aujourd'hui au centre des préoccupations des institutions de soin, ou du moins de leurs employés.

Pour ce qu'il en est de l'administration cette vision de l'humain « déshumanisé » est en grande partie toujours d'actualité. En effet, à l'image de l'idéologie néo-libérale qui opère dans les grandes sociétés anonymes, la gestion d'une majorité d'institution perçoit la personne comme « une unité comptable » à la fois sources de revenu et émetteurs de dépenses. Cette double spécificité de matériel humain est renforcé par le fait que le travail sur la personne ne crée pas de « valeur ». C'est un jeu à somme nulle : Que l'on soit productif ou non, que le travail soit de qualité ou non, l'*indemnité journalière* émise par la collectivité au nom de la prise en charge de la personne sera la même. Les marges laissées par ce système sont donc étroites.

En effet les économies ne peuvent alors se réaliser qu'avec les dépenses ou qu'en augmentant le nombre de résidents, augmentant par la même les indemnités perçues. L'augmentation sans fin du nombre de pris en charge étant impossible, seules les dépenses sont prises en considération par

²⁶ E. Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968, trad. de L. et C. Lainé.

²⁷ E. Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968, trad. de L. et C. Lainé.

l'institution. On pourrait penser que le problème ne se pose pas puisque ces institutions sont souvent à « but non-lucratifs²⁸ », mais cela n'est pas le cas. Ce que l'on ignore souvent, c'est que les associations de la loi 1901 qualifiées de « non-lucrative » ont le droit de réaliser des bénéfices (on parle alors d'« excédent d'exploitation »). Ce qui est proscrit, c'est la redistribution de ces bénéfices de quelques manières que ce soit. Juridiquement il existe un flou autour de ce que l'on peut qualifier de « redistribution ». Ainsi, dans certaines limites, tenant notamment au montant maximal de la rémunération, les dirigeants de l'association peuvent percevoir un salaire, sans pour autant que le caractère "*désintéressé*" de l'association ne soit remis en cause. De même, il n'existe pas de code du travail spécifique aux associations à « but non lucratif » : l'association est considérée comme n'importe quelle entreprise, le bénévolat des dirigeants ou le « non lucratif » n'y changent rien. Il n'y a pas de réel contrôle sur les salaires ou les primes distribués tant que cela n'est pas socialement jugé comme « indécent » (ou découvert, on parle alors d'*abus de bien sociaux*). De plus dans le simple but de réinvestir l'année d'après, des bénéfices peuvent être exigés dans ces associations.

D'ailleurs, avec le jeu des subventions publiques distribué en fin d'année (soumis pour certaines à des critères comptables strictes), on assiste parfois à des non-sens économiques débouchant sur des situations à la frontière du risible. Je me rappelle ainsi d'une MAS de l'Essonne qui en fin d'année 2011 décida d'acheter un « Ipad » (sachant que le prix de cet objet est environ 400Euros) par paire résidents (étant pour une grande majorité en non-capacité objective de les utiliser) dans le but à peine caché d'être sous la barre maximale de fond propre permettant l'attribution des subventions régionales. Alors que plus tôt dans l'année, elle avait pris la décision de limiter l'utilisation de couche à un ratio de quatre pour un individu et pas une de plus (rappelons que d'une personne à l'autre l'utilisation de protection peut varier du simple au double) dans le but explicite de « faire des économies ».

b) Les représentations de l'humain

Pourtant officiellement ces institutions véhiculent une idéologie que Goffman qualifie de « d'humaniste ». Par exemple, elles sont en capacités (et elles le font dans la majorité des cas) de présenter à la famille et aux employés tout une bibliographie interne (mais aussi parfois

²⁸ Il existe aussi des sociétés privées s'occupant de la prise en charge de personnes handicapées à l'image de ce qu'il se fait dans les maisons de retraite.

externe) relative aux « droits des personnes en situation de handicap ». Par exemple, le règlement intérieur de l'association APAJH (Association pour Adultes et Jeunes Handicapés) - association à but non lucratif gérant plus de 600 établissements sur l'ensemble du territoire français - fourmille de petite situation d'Henri Lafay (vice-président de l'association) du type : « *Le respect dû à toute personnes tient à son humanité même (celle de tout le genre humain)*²⁹ ». En plus de ces considérations philosophiques, ce règlement prescrit le travail par une norme humanitaire aussi, l'article 3 alinéa 15 précise que « *Le respect et la correction vis-à-vis des personnes en situation de handicap et de leur famille constituent une exigence permanente*³⁰ ». L'alinéa 16 confirme cette vision en expliquant que « *conformément aux dispositions légales et réglementaires, le personnel doit assurer le maximum de confort physique et moral aux personnes en situation de handicap dont il a la charge.[...]Il doit s'abstenir, en présence des personnes en situation de handicap ou des visiteurs, de tous propos, attitudes ou comportements incompatibles avec la mission de l'établissement ou du service.*³¹ ». Le référentiel professionnel des AMP est du même ordre d'idée avec des termes du type « *aider la personnes* », « *valoriser la personne et son image* », « *adopter une attitude empathique* » etc...

Ces aspirations humanistes se retrouvent aussi très largement³² dans le discours des AMP. Je me rappelle ainsi lors d'une discussion avec une AMP de ma connaissance à propos des publiques accueillis, qu'elle m'a opposé une forte résistance face au terme de « *personne handicapé* » que j'avais alors fréquemment l'habitude d'employer. Elle m'a dit alors que « *ça se dit pas personne handicapé ! Je trouve ça dégueulasse, faut dire personne en situation d'handicap. Parce qu'avant d'être des handicapés c'est des personnes. C'est pour ça que nous, on se bat tous les jours ! Pour qu'on les voit comme des personnes et pas comme des simples handicapés* ». Cette mise en avant de la personne, sa valorisation semble être une idée forte dans la profession et participe peut-être quelque part à son identité.

²⁹ Document officiel de l'APAJH : APAJH, *Règlement intérieur des établissements et services*, Evry, 18 fev 1999, Pag 13.

³⁰ Document officiel de l'APAJH : APAJH, *Règlement intérieur des établissements et services*, Evry, 18 fev 1999, Pag 14.

³¹ Document officiel de l'APAJH : APAJH, *Règlement intérieur des établissements et services*, Evry, 18 fev 1999, Pag 14.

³² Cette affirmation sera vérifiée dans les différents entretiens opérés lors du travail de terrain à proprement dit. Pour l'instant ces propos se repose sur des discussions informel et sur des lectures d'entretiens réalisé par d'autres chercheurs.

Pour comprendre cette représentation de l'humain, il faut aller chercher au plus profond de la constitution de cette profession, c'est-à-dire sa constitution. Ce métier est en effet né sous l'impulsion du médecin psychiatre F. Tosquelles. Celui-ci rejoignit dans les années 60 la structure de Marvejols nommée « le Clos du nid » dirigé par l'Abbé Oziol, dont le but était de lutter contre l'abandon dont étaient victimes les enfants considérés comme « inéducables » à la sortie des IME (qui était alors directement envoyé en hôpital psychiatrique). Le personnel du « Clos du nid » était à cette époque majoritairement féminine et d'origines rurales. F. Tosquelles observa très vite ce qu'il appela par la suite « l'intuition maternelle » de ces femmes qui présentaient au quotient une habilité toutes particulières aux relations affectives et matérielles, en « adéquation » avec le niveau de développement des enfants recueillis. Ces activités induisant d'elle-même un « comportement maternel ». Pour Tosquelles il s'agissait de *« remplacer plus ou moins la maman dans ce qu'elle est le support d'une éducation première, dont le cadre est le milieu de vie quotidien de l'enfant, dont les médiations sont précisément celles de la quotidienneté familial des soins, des interactions, des jeux, des stimulations banales, et dont ce qui tisse l'échanges affectifs s'avère essentiel »*³³. C'est ainsi qu'il crée la fonction « d'aide maternelle ». En interne, il crée par la suite en 1957 un diplôme « d'aide maternelle » dans le but de créer des outils clinique opérationnelle permettant à la fois une distanciation affective et une mise à contribution des comportements naturels de mère ou de grand-mère. Cette affection particulières restera pour la suite aux cœurs de l'activité de l'AMP et explique largement les représentations très humanistes et maternel de ces professionnelles.

c) Une contradiction entre l'aspiration et l'activité.

Pourtant, comme le montrait déjà en 1968 Goffman, *« L'obligation faite au personnel d'observer certaines règles humanitaires dans la manière de traiter les reclus pose en elle-même problème, mais le conflit permanent qui oppose d'une part ces préoccupations humanitaires et de l'autre l'efficacité de l'institution débouche sur un autre ordre de difficulté »*

³³ F. Tosquelles, *La rééducation des débiles mentaux*, Privat, Toulouse, 1975, p7 et 8.

caractéristiques.³⁴ ». C'est un véritable paradoxe qui se pose pour l'institution mais surtout pour l'activité de ses professionnels.

Il faut cependant bien clarifier les choses, ce contraste entre affichage humaniste et cette gestion parfois trop déshumanisé de ces institutions n'est pas issu d'une volonté réelle qui serait opérée par quelques agents peu scrupuleux.

Goffman était très critique envers les asiles qui selon lui n'étaient que des lieux d'enfermements stériles. Mais cette critique est à rattacher à son contexte, c'est-à-dire la fin des années 60 et sa vision peu démocratique de la maladie³⁵. Je prendrais le parti ici, d'être beaucoup plus nuancer dans mon analyse de l'institution. En effet, il ne faut pas voir un calcul froid (ou un complot) là où il n'y en a pas. L'individu est souvent dépassé par les choses et n'a pas de réelle emprise sur ce qu'il se passe.

Premièrement faut rappeler que l'immense majorité de ces associations et entreprises de prise en charge, ont été fondées dans le but de rendre la vie des personnes « exclus » meilleur et de leur offrir un « cocon » de protection face à l'hostilité d'une large partie de la société (et donc en opposition à l'asile classique du début du XXème siècle). Ainsi leurs aspirations humanistes sont réelles et manifestes. Deuxièmement il faut bien comprendre que ce monde n'est pas homogène, chaque association a ses propres règles de fonctionnement et d'une situation à l'autre les choses peuvent être réellement différentes. Dans certaines fondations philanthropiques (la Fondation Serge Dassault en est un bon exemple), les crédits alloués aux résidents et à leur bien-être sont quasi-illimités. D'autres associations ont qu'en elles un système de financement uniquement basé sur des subventions publiques ce qui les oblige à adopter une gestion comptable beaucoup plus rigoureuse. Dernièrement, il faut rappeler que le contexte actuel est à la « réduction » des dépenses publiques. Ainsi d'années en années, la sécurité sociale rembourse de moins en moins ou attribue un budget prévisionnel de plus en plus serré par rapport aux dépenses réelles du milieu ce qui entraîna en 2010 le problème suivant : *« les dépenses de l'OGD personnes handicapées ont enregistré une surconsommation de 197 millions, qui s'est traduite par un déficit de 187,5 millions de la sous-section 1 « établissements et services accueillant des personnes handicapées » du budget de la CNSA »*³⁶. Enfin certaines subventions régionales s'amenuisent en réaction au

³⁴ E. Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968, trad. de L. et C. Lainé.

³⁵ Pour plus d'information je vous renvoie aux descriptions réalisées par Goffman dans son ouvrage....

³⁶ Rapport législatif du Sénat : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 : Secteur médico-social

surendettement des collectivités territoriales. Ceci, couplé avec l'expansion de l'idéologie managériale dominante (porté par une nouvelle génération de directeurs d'établissement issus de la filière gestionnaire) a induit un mouvement de baisse généralisé des dépenses dans le secteur médico-social. Ce mouvement n'est pas la résultante directe de volontés individuelles mais plutôt d'un changement sociétal opérant dans l'intégralité des sociétés occidentales (ce que Mauss appelait un « *fait social total* »³⁷). Ces phénomènes sous-tendent donc la contradiction entre les préoccupations humanistes de l'institution et son mode de gestion effectif.

Bien que la force du paradoxe Goffmannien des institutions de prise en charge de la personne handicapée soit aujourd'hui diminué par la différence fondamentale de définition entre l'asile (institution d'enfermement et de gardiennage) et les IME/IMP/MAS (institution dont les idéaux sont de valoriser l'homme et de rendre le handicap moins lourd à porter), il n'en est pas moins toujours opérant. Aujourd'hui c'est le mode de gestion néo-libéral (baisse des coûts) qui a remplacé celui de l'asile froid et violent dans ce paradoxe, mais ses effets sont tout aussi comparables. Ainsi, comment d'un côté accéder aux exigences gestionnaires de l'institution dont le fonctionnement est de plus en plus proche de celui des entreprises commerciales et de l'autre conserver voire renforcer la définition « humaniste » du travail au près du matériel humain ?

Pour résoudre ce problème, le professionnel se retrouve bien souvent à devoir travailler *en tension*, c'est-à-dire concilier d'un côté ses aspirations propres et répondre de l'autre aux obligations posées par sa hiérarchie. De cela découle tout un tas de négociation, réévaluation, opposition entre les professionnels et le directeur. Un exemple de détournement de budget est à cet égard significatif : Il s'est réalisé dans un MAS de l'Essonne où travaille actuellement l'un de mes contacts dans le milieu.

Bibliographie

APAJH, *Règlement intérieur des établissements et services*, Evry, 18 fév 1999, Pag 14.

Éric Amrane (Drass) Bernadette de la Rochère (Insee), « *Les aides-soignants : dans les hôpitaux, dans les maisons de retraite, et dans les services de soins à domicile* », INSEE, 2007.

³⁷ Marcel Mauss, *Essai sur le don*, 1923.

Michel Chauvière, *Handicap et discriminations Genèse et ambiguïtés d'une inflexion de l'action publique dans Lutter contre les discriminations*, La Découverte, 2003.

Bernard Bruhat, Pierre Papon, *Du CAFAMP au DEAMP : un nouveau diplôme...et de nouveaux AMP*, in *Les aides médic-psychologiques : prendre soin au quotidien*, Paris, éres, 2009, pag 41.

Howard S. Becker, *Travail sociologique : Méthode et substance*, academic press, 2006, pag. 46-47.

Sue Estroff, *Le Labyrinthe de la folie, Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Col.Les Empêcheurs de tourner en rond, Institut Synthélabo distrib, PUF, 451 p.

Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.

Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968, trad. de L. et C. Lainé, p.41.

Georges Granai, « *Techniques de l'enquête sociologique* » in ouvrage sous la direction de Georges Gurvitch, *Traité de sociologie*, tome premier, chapitre VII, pp. 135-151. Paris: Les Presses universitaires de France, 3e édition, 1967.

Isabelle Guardiola, *aider les polyhandicapés à vivre, malgré tout, tel est le défi que doit relever chaque jour l'AMP*, L'école des parents, Paris, juin-juillet 200.1

Everett Hughes, *Good People and Dirty Work*, article publié dans *Social Problems*, vol. X, Summer, 1962

Marcel Mauss, *Essai sur le don*, 1923.

Laure Murat , *La maison du docteur Blanche : histoire d'un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant*, Hachette, 2001, 424 p.

Jacques Trémintin, *une profession en expansion : Les AMP*, Lien Social, n°396, 01/05/1997.

F. Tosquelles, *La rééducation des débiles mentaux*, Privat, Toulouse, 1975, p7 et 8.