



HAL
open science

Le management du projet personnalisé : une réponse organisationnelle pertinente pour accompagner les enfants en situation de handicap ?

Ophélie Karti

► **To cite this version:**

Ophélie Karti. Le management du projet personnalisé : une réponse organisationnelle pertinente pour accompagner les enfants en situation de handicap ?. Gestion et management. Université Paris-Saclay, 2023. Français. NNT : 2023UPASI015 . tel-04588038

HAL Id: tel-04588038

<https://theses.hal.science/tel-04588038v1>

Submitted on 11 Jun 2024

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

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

Le management du projet personnalisé :
une réponse organisationnelle pertinente
pour accompagner les enfants en
situation de handicap ?

*The management of personalized projects: a relevant organizational
response towards the support of children with disabilities?*

Thèse de doctorat de l'université Paris-Saclay

École doctorale n° 630, Droit, Économie, Management (DEM)

Spécialité de doctorat : Sciences de gestion

Graduate School : Économie et Management

Référent : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

Thèse préparée dans l'unité de recherche Larequoi (Université Paris-Saclay, UVSQ), sous
la direction de **Thierry CÔME**, Professeur des universités

Thèse soutenue à Guyancourt, le 12 décembre 2023, par

Ophélie KARTI

Composition du Jury

Membres du jury avec voix délibérative

Gilles ROUET

Professeur des universités,
Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

Président

Corinne GRENIER

Professeur HDR,
KEDGE Business School

Rapporteur &
Examineur

Julien HUSSON

Professeur des universités,
Université de Lorraine

Rapporteur

Carine CATELIN

Maître de Conférence HDR,
Université de Bourgogne

Examineur

Titre : Le management du projet personnalisé : une réponse organisationnelle pertinente pour accompagner les enfants en situation de handicap ?

Mots clés : Projet personnalisé ; Médico-social ; Handicap ; Objet-frontière ; Traduction

Résumé : Notre recherche a pour objectif de comprendre le rôle du projet personnalisé au sein du secteur médico-social.

La diversité des acteurs au sein du secteur pose un risque de cloisonnement. Or la vision globale promue par l’OMS (2023) implique de prendre en compte l’ensemble des points de vue pour objectiver l’accompagnement de l’enfant.

Ainsi, comment le projet personnalisé peut-il être mobilisé par les acteurs du secteur médico-social ?

Dans le cadre de cette problématique, nous voudrions démontrer que le projet personnalisé constitue un objet-frontière facilitant la traduction entre les mondes. Nous mobilisons donc les concepts de mondes sociaux (Boltanski et Thévenot, 1991) pour comprendre les cloisonnements et blocages possibles entre les acteurs, celui de la sociologie de la traduction (Akrich, Callon et Latour, 1988) pour permettre une compréhension entre

les acteurs issus de mondes sociaux hétérogènes et enfin celui d’objet-frontière (Star et Griesemer, 1989) pour recourir à une base commune qui contribue à intégrer les mondes sociaux et à les traduire.

Notre démarche empirique s’appuie sur un raisonnement abductif et une démarche qualitative (Dumez, 2021) avec une posture interprétativiste (Allard-Poesi et Marechal, 2014).

Nous avons eu recours à une étude de cas unique avec 55 entretiens semi-directifs, 2 focus groupes et une observation participante avec 4 ans et demi d’accès au terrain. Notre méthode d’analyse des données s’appuie sur l’attention flottante (Dumez, 2016) et un triple codage.

Les principaux résultats mettent en exergue que le projet personnalisé joue un rôle d’outil de gestion et qu’il est transformé en objet-frontière par une logique de convivialité (Illich, 1973).

Title: *The management of personalized projects: a relevant organizational response towards the support of children with disabilities?*

Keywords : Personalized project; Medico-social; Disability; Boudary object; Translation

Abstract : The aim of our research is to understand the role of the personalized project within the medico-social sector.

The diversity of players within the sector poses a risk of compartmentalization. However, the global vision promoted by the WHO (2023) implies considering all points of views to objectivize the child’s support.

How can the personalized project be mobilized by players in the medico-social sector?

We would like to demonstrate that the personalized project constitutes a boundary object that facilitates translation between worlds. We therefore draw on the concepts of social worlds (Boltanski and Thévenot, 1991) to understand the possible compartmentalization and blockages between players, that of the sociology of translation (Akrich, Callon and Latour, 1988) to enable

understanding between players from heterogeneous social worlds, and finally that of the boundary object (Star and Griesemer, 1989) to use a common base that helps integrate social worlds and translate them.

Our empirical approach is based on a qualitative approach (Dumez, 2021) with an abductive reasoning and an interpretativist posture (Allard-Poesi and Marechal, 2014).

We used a single case study with 55 semi-structured interviews, 2 focus groups, and participant observation with 4 and a half years of access to the field. Our data analysis method was based on floating attention (Dumez, 2016) and triple coding.

The main results show that the personalized project acts as a management tool and is transformed into a boundary object by a logic of conviviality (Illich, 1973).

« L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse, ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur »

REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de thèse, Professeur Thierry Côme, pour son accompagnement et son aide durant cette thèse. Ses contributions réflexives ont fait de cette thèse une aventure stimulante et passionnante. Je le remercie également pour l'ensemble de ses conseils ainsi que d'avoir été un guide et une « boussole » dans ce long travail de recherche. Je lui exprime ma profonde gratitude pour sa bonne humeur et son empathie qui m'ont également encouragée à braver les difficultés.

J'exprime mes remerciements au Directeur Général de l'association étudiée, sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour. Ma gratitude est immense. Vous m'avez à la fois fait confiance en tant qu'acteur et chercheur et vous avez cru en mes compétences.

Je remercie les Pr. Annie Bartoli et Pr. Gilles Rouet, respectivement directrice du laboratoire de recherche en management Larequoi et directeur de l'ISM-IAE de Versailles, pour leur confiance et leurs conseils.

Je remercie chaleureusement Sabrina et Cyllia, pour vos encouragements quotidiens, votre générosité et pour votre implication durant cette thèse.

Merci également aux membres du Larequoi pour leur accueil et leurs conseils.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers les collègues, les parents et les enfants qui m'ont accordé du temps lors de cette thèse ; j'espère avoir mis en lumière vos points de vue.

Je remercie aussi les Pr. Corinne Grenier et Pr. Julien Husson d'avoir pris le temps d'évaluer ce travail, ainsi que les Dr. Carine Catelin et Pr. Gilles Rouet d'avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance.

J'exprime ma profonde reconnaissance à mes proches pour leur soutien précieux, leur écoute et leurs nombreux encouragements lors de cette aventure intense qu'est la thèse. Je remercie particulièrement mes parents, j'ai finalement appris à continuer et à persévérer, car je nourrissais l'espoir de vous rendre fiers.

SOMMAIRE

Introduction générale

PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE

Chapitre 1 : Pour une compréhension du champ du handicap et de ses paradigmes

Section 1 - Contexte historique du champ du handicap en France : de la revendication militante à l'émergence d'un management associatif

Section 2 - Spécificités contemporaines du secteur médico-social : entre tendance gestionnaire du NPM et « esprit de convivialité »

Chapitre 2 : Le rôle du projet personnalisé dans le secteur médico-social

Section 1 - Le projet personnalisé dans un contexte de protectionnisme public : le cas de la Loi 2002-2

Section 2 - Le management du projet personnalisé par le rôle de l'objet-frontière ?

PARTIE 2 – ÉTUDE EMPIRIQUE

Chapitre 3 : Positionnement épistémologique et choix méthodologiques

Section 1 - Une recherche interprétativiste au raisonnement abductif avec une démarche qualitative

Section 2 - Le cas du projet personnalisé au sein d'une association-gestionnaire du handicap et la collecte de données sur ce terrain

Section 3 - Une méthode d'analyse des données par l'attention flottante et un triple codage

Chapitre 4 : Présentation des résultats et discussion partielle

Section 1 - Comprendre le projet personnalisé

Section 2 - L'influence de la loi du 2 janvier 2002 sur le PPA

Section 3 - Le processus de la démarche de PPA

Chapitre 5 : Discussion générale, contributions théoriques et préconisations managériales

Section 1 - Le projet personnalisé : un outil de gestion ?

Section 2 - La convivialité pour transformer l'outil de gestion en objet-frontière

Section 3 - Le projet personnalisé : un objet-frontière pour intégrer et traduire des mondes

Section 4 - Réponses aux questionnements de recherche

Section 5 - Préconisations managériales

Conclusion générale

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de santé, qui est le principal financeur des services ou établissements médico-sociaux

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ESMS : Établissement ou Service Social ou Médico-social

ESS : Économie Sociale et Solidaire

Établissements, services et organisations médico-sociales : structures qui disposent d'un agrément de fonctionnement

IME : Institut Médico-Éducatif

ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

Loi 2002-2 : LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

NMP : Nouveau Management Public

NPM : New Public Management

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCPE : Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées

PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement, choix terminologique qui correspond au projet personnalisé, projet individuel ou individualisé de l'enfant

PPI : Projet Pédagogique Individuel

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

RCO : Référentiel Commun d'Observations

RIO : Référentiel Interdisciplinaire d'Observations

SERAFIN-PH : Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

Synthèse / Concertation : deux terminologies utilisées pour décrire la réunion interdisciplinaire principalement avec les différents professionnels de terrain. Il s'agit d'une partie intégrante de la démarche du PPA.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'introduction vise à présenter :

- Le contexte de la recherche
- L'objet de la recherche
- La problématique et questions de recherche ainsi que la méthodologie
- Structure de la recherche

LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Depuis plusieurs années, la santé représente une préoccupation majeure à l'échelle mondiale (Bachelot-Narquin, 2010). Les enjeux internationaux sont prégnants car ils s'inscrivent dans un contexte où la santé a été particulièrement impactée ces dernières décennies (crise sanitaire, catastrophes naturelles liées aux problématiques environnementales, intoxications alimentaires...) (Bacqué, 2016 ; Kressman, 2018 ; Dumez et Minvielle, 2020). En France, cela s'est traduit au niveau politique par les mesures annoncées des gouvernements successifs pour améliorer le système de santé (Caillol et al., 2010 ; Henrard et al., 2021 ; Basson, 2022). Du point de vue des acteurs, les revendications exprimées à la fois par les professionnels et les patients dénoncent parfois une crise inédite des institutions d'accueil telles que les hôpitaux (pénurie de personnel, dégradation des conditions de travail, inégalités territoriales...), les établissements médico-sociaux (maltraitance institutionnelle, main d'œuvre peu qualifiée...) ou les établissements sociaux (dysfonctionnement institutionnel, complexification des situations...) (Saout, 2009 ; Méric, 2016 ; Carra, 2016 ; Lafore, 2017 ; Cash, 2022). D'autres alertent sur l'absence de réponses à des situations de plus en plus complexes, la diminution du nombre de candidats aux professions d'aide à la personne (infirmier, éducateur spécialisé...) au sein des établissements de formation ou encore une course aux profits au détriment de l'accès aux soins (Lafore, 2017 ; Van Aertryck et Bénard, 2018 ; Quintin, 2019).

Au-delà des champs et organisations qui composent le système, les problématiques de santé représentent un enjeu sociétal (Halpern, 2010 ; Schweyer, Vezinat, & Noûs, 2022 ; Riet, 2023).

La recherche en santé figure alors comme un terreau fertile sous différents angles (santé publique, politiques publiques, système de santé, ressources humaines, besoins du patient...). La diversité des champs disciplinaires mobilisables (épidémiologie, économie, sociologie, psychologie, sciences politiques, anthropologie, management, philosophie...) contribue à étudier de façon large le champ de la santé. Parmi ces champs académiques, la discipline des sciences de gestion et du management se révèle appropriée et intéressante par son ancrage dans l'action (Lallé, 2004 ; Lièvre, 2004). Le chercheur en sciences de gestion pourrait s'apparenter humblement à un « médecin des organisations » (Husson, 2023)¹.

Les sciences de gestion constituent alors légitimement un moyen de s'intéresser aux acteurs du système de santé, à leurs pratiques et à leurs rôles. Elles permettent de comprendre les comportements individuels et collectifs ainsi que les phénomènes qui en découlent. Elles visent à améliorer les réponses existantes ou à en apporter de nouvelles. Pour cela, l'étude d'un phénomène doit pouvoir présenter le contexte, l'histoire et le(s) processus mobilisé(s) (Pettigrew, 1985).

La santé représente un champ spécifique en France. Son organisation comprend trois secteurs : sanitaire, social et médico-social. Parmi ces trois secteurs, le secteur médico-social vise à accompagner des personnes en situation de vulnérabilité comme les personnes en situation de handicap. Ce secteur comprend plus de 30 000 services et établissements².

Un contexte plus détaillé sera explicité dans le cadre théorique pour mieux comprendre les enjeux et l'intérêt de la recherche.

L'Organisation Mondiale de la Santé³ (OMS) promeut et œuvre pour une santé globale « global health »⁴. L'OMS définit la santé, au sein de sa constitution entrée en vigueur en 1948 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (p.1)⁵.

¹Propos du Professeur Julien Husson issus de son entretien avec le Pr. Jean-Philippe Denis, disponible sur la chaîne Xerfi Canal. Xerfi Canal (Producteur). (2023, février 10). *Le professeur de gestion, médecin des organisations* [Julien Husson]. Site consulté le 28 juillet 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=-U43sccWvEc>

²Site consulté le 3 décembre 2021, à l'adresse <https://www.ars.sante.fr/Accompagnement-medico-social.89767.0.html>

³L'OMS est considérée comme « une institution spécialisée aux termes de l'article 57 de la Charte des Nations Unies » (p.2). « Dès sa création, l'Organisation des Nations Unies a été activement impliquée dans la protection et la promotion d'une bonne santé à travers le monde ». Par les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est chargée d'y œuvrer. « La Constitution de l'OMS est entrée en vigueur le 7 avril 1948 – date à laquelle nous célébrons chaque année la Journée mondiale de la santé ».

⁴ Site consulté le 17 juin 2023, à l'adresse <https://www.un.org/fr/global-issues/health>

⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Site consulté le 25 juillet 2023, à l'adresse <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

En ce sens, la santé n'intègre pas seulement le traitement des maladies, le traitement des épidémies ou les soins à l'échelle d'une organisation médico-sociale, mais aussi son bien-être complet. La définition de l'OMS permet de qualifier les organisations médico-sociales comme acteur au sein du champ de la santé.

Pour le grand public, il peut être difficile d'identifier ce qu'est un service, un établissement, un dispositif médico-social. Est-ce une école particulière ? Une sorte d'hôpital en tant que lieu de vie (Moschetti, 2008) ? Est-ce un foyer d'hébergement médicalisé ? Est-ce une équipe mobile visant la coordination des soins ? Tous ces éléments participent à la complexité d'un secteur que les usagers peuvent avoir du mal à comprendre. Dès lors se pose la question du type de réponse que les organisations médico-sociales peuvent leur apporter.

Les organisations médico-sociales tendent à réunir plusieurs approches de la santé (social et médical) (Terral, 2013). Elles s'inscrivent dans un cadre réglementaire spécifique qui sera présenté dans la partie théorique.

Le film français « *Hors Normes* »⁶ (2019) plonge ses spectateurs au cœur du travail mené par une organisation associative. La structure prend en charge des personnes atteintes de handicap et dès la bande annonce, le ton est donné en nous présentant un patient atteint d'une forme sévère d'autisme⁷. À travers leur jeu, les acteurs tentent de mettre en exergue la réalité du terrain et les rôles qu'ont *a priori* les « véritables » acteurs du champ du handicap. Regardons de plus près les enjeux mis en lumière. La bande annonce⁸ débute avec la scénarisation du travail éducatif : la prise en charge de la *personne-accompagnée*⁹ se déroule à travers l'apprentissage d'un itinéraire en transports en commun. Le but étant de favoriser son autonomie et son inclusion. Ensuite, nous sont présentées plusieurs problématiques intrinsèques au secteur comme :

- la mémorisation d'acronymes spécifiques par les *professionnels-accompagnants* pour distinguer les organisations les unes des autres ;
- l'implication de plusieurs acteurs autour de la personne accompagnée (praticien hospitalier, assistante sociale, famille, professionnel non diplômé, gestionnaire) ;

⁶Le film *Hors-Normes* a réalisé plus de 2 millions d'entrées. Les réalisateurs sont Eric Toledano & Olivier Nakache.

⁷ Article du journal *Le Monde*. Site consulté le 28 juillet 2023, à l'adresse https://www.lemonde.fr/culture/article/2019/10/23/les-docteurs-feelgood-du-cinema-francais-s-emparent-avec-succes-du-theme-de-l-autisme_6016551_3246.html

⁸Gaumont (Société de production). (2019, septembre 6). *HORS NORMES - Bande-annonce*. Site consulté le 28 juillet 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=63efWAPLjis>

⁹ L'acteur joue le rôle d'une personne atteinte d'autisme. Dans la réalité, l'acteur est lui-même accueilli au sein d'un dispositif spécialisé dans la prise en charge du handicap en proposant une activité professionnelle adaptée aux personnes accueillies (ESAT)

- la détresse d'une mère de famille ;
- ou encore les risques liés à la prise en charge (fugue, situation de violence).

Ce film illustre bien la multiplicité des métiers qui compose certaines organisations du handicap, et plus largement le secteur médico-social en France. Nous y identifions des « mondes » (Boltanski et Thévenot, 1991) différents, à la fois celui des individus accompagnés et de leur entourage, des professions médicales, des travailleurs sociaux, des représentants des pouvoirs publics en tant qu'autorités de contrôle. Des engagements et tensions coexistent entre les acteurs même si l'intérêt de la personne semble constituer leur socle commun (Bellay, 2020, Mimoun, 2020, Landman, 2021, Chamak, 2020).

Si ce film scénarise les conditions et la complexité de la prise en charge du handicap, alors qu'en est-il de la réalité ?

Dans le champ de l'enfance, la prise en charge du handicap implique la collaboration de professionnels issus de diverses disciplines, relevant de statuts différents (fonction publique, salarié, diplômé d'état, etc.). Les missions et les systèmes d'évaluation varient également selon le contexte, qu'il s'agisse de l'école, du centre social, de l'hôpital ou d'un établissement relevant de l'aide sociale à l'enfance. De même, l'implication de l'enfant et de sa famille diffère en termes d'intensité et de pertinence, bien qu'elle soit essentielle, non seulement en vertu de la loi mais surtout en raison de son impact sur le développement de l'enfant. Compte tenu de cette diversité, cela peut entraîner une vision cloisonnée de la prise en charge de l'enfant en situation de handicap par les différents acteurs.

Les services et établissements médico-sociaux (ESMS) notamment dans le champ du handicap ont connu de multiples bouleversements ces dernières années. Au cœur de ces changements, un outil essentiel de la prise en charge a vu le jour : le projet personnalisé. En effet, depuis la loi 2002-2¹⁰, les ESMS ont l'obligation d'établir et mettre en œuvre un projet adapté à chaque enfant ou adulte accompagné en tenant compte de ses souhaits et attentes. Ainsi, depuis plus de 20 ans, la finalité du secteur s'étend à la prise en considération des singularités des personnes accompagnées dans leur projet. En incluant l'utilisateur en tant que co-participant de son projet, la loi 2002-2 se différencie de la loi de 1975¹¹. Cette dernière était davantage centrée sur l'obligation de la prise en charge du handicap par les ESMS avec des modalités de fonctionnement (financement, statut du personnel...). La loi 2002-2 implique une participation active de l'utilisateur et une coopération des acteurs.

¹⁰ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Site consulté le 1 août 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

¹¹ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Site consulté le 1 août 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000699217/>

Les recommandations de l'ancienne agence publique ANESM (2008) légitiment la nécessité d'intégration du projet personnalisé au sein des organisations médico-sociales. Elles visent trois objectifs : faire participer l'utilisateur à son projet personnalisé, aider les professionnels à le mettre en pratique, clarifier les termes et apporter des repères pour faciliter les échanges. L'ANESM recommandait que le dialogue entre les acteurs soit entretenu afin d'assurer une « cohérence globale du parcours de la personne » (Recommandations de l'ANESM, 2008).

Pour autant, si cet objectif du projet personnalisé semble souhaitable, la question se pose de la mise en pratique tant la prise en charge des enfants en situation de handicap s'est complexifiée par la multiplication des acteurs et des institutions concernées et des intérêts parfois contradictoires des familles et des professionnels. Il semble donc pertinent d'étudier la mise en place concrète de ce dispositif, les réactions des acteurs et surtout l'évolution des pratiques, à l'aune du bien-être des usagers. C'est ce que nous nous efforçons de comprendre dans le cadre de notre travail de recherche.

Compte tenu de la diversité d'acteurs, l'accompagnement de l'enfant en situation de handicap présente un risque de vision cloisonnée par l'ensemble des acteurs. L'environnement socio-économique et politique de chacun d'eux diffère. Ces congruences idéologiques, dénommées « mondes » par Boltanski et Thévenot (1991), structurent la réflexion des acteurs qui gravitent autour de l'enfant en situation de handicap et leur donnent la conviction que leurs avis contribuent à ce qu'ils croient être son intérêt. Avant la loi de 2002-2, le manque de liaison entre ces acteurs ne pouvait que renforcer cette absence de communication. Le projet personnalisé de par la nécessité de mise en contact de tous les acteurs peut permettre une évolution de leur point de vue. La prise en compte de l'intérêt de l'enfant constitue pour chacun d'eux une grille d'évaluation des propositions des autres, permettant en quelque sorte une traduction commune (Callon, 1986) de l'ensemble des propositions faites. Le monde d'origine n'est pas effacé mais il s'ouvre à la vision issue d'autres mondes. Cet outil, le Projet Personnalisé, constitue ce que Star et Griesemer (1989) appellent un objet-frontière, permettant de relier l'ensemble des mondes et de les décloisonner.

Le terrain d'étude se saisit du projet personnalisé avec le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) qui est dématérialisé.

L'OBJET DE LA RECHERCHE

L'intérêt de notre recherche consiste à montrer la possibilité de faire converger les points de vue d'acteurs issus de mondes sociaux différents par le biais du projet personnalisé. Cette recherche tente de comprendre

le rôle du projet personnalisé et si celui-ci peut permettre d'apporter une réponse pertinente à l'accompagnement des enfants en situation de handicap afin d'améliorer leur santé globale.

Le phénomène que nous étudions apparaît complexe de par la multiplicité des enjeux. Par le nombre et la diversité d'acteurs susceptibles d'être engagés dans la démarche de projet personnalisé (usagers, managers, professionnels de terrain, gestionnaire associatif, acteurs institutionnels...) et le contexte singulier du champ du handicap (protectionnisme public, autonomie associative...), nous sommes en présence de ce que Riveline (1991) nomme la complexité d'abondance.

Cette recherche vise à montrer en quoi une contrainte initiée par les pouvoirs publics dans un but de contrôle des organisations médico-sociales autonomisées (dans une perspective de NPM) peut être mobilisée par ces mêmes institutions pour devenir un objet-frontière¹². Nous voudrions démontrer que le projet personnalisé constitue un objet-frontière facilitant la traduction¹³ entre les mondes¹⁴.

De ce fait, la réponse du projet personnalisé représente alors un sésame qui pourrait permettre de passer d'un monde à l'autre. A titre imagé, la série télévisée *Stargate SG-1*¹⁵ peut témoigner de ce passage entre les mondes. En effet, les individus passent d'un monde à l'autre par la porte des étoiles. Dans le domaine de la santé, le projet personnalisé pourrait alors fonctionner comme un « passeport » en permettant de passer d'un acteur à un autre.

LA PROBLÉMATIQUE, LES QUESTIONS DE RECHERCHE ET LA MÉTHODOLOGIE

Au vu des enjeux, nous formulons la problématique suivante :

Comment le projet personnalisé peut-il être mobilisé par les acteurs du secteur médico-social ?

¹² Un objet-frontière se différencie d'autres objets car il est suffisamment flexible pour s'adapter à différents points de vue et suffisamment robuste pour préserver leur identité (Star et Griesemer, 1989). Il va au-delà des « frontières intra et inter-organisationnelles » (Lancini et Sempieri-Teissier, 2012). Il vise à faire coordonner, coopérer et traduire les mondes en tenant compte de leurs spécificités (Star et Griesemer, 1989).

¹³ La traduction se caractérise par un déplacement et un moyen de restituer le discours des acteurs, dans un langage qui se veut compréhensible (Callon, 1986)

¹⁴ Chaque monde représente un système où s'articule des conventions entre les individus (Boltanski et Thévenot, 1991). Il regroupe des attentes partagées et réciproques (Modolo, Petitjean et Côme, 2020). Ces attentes constituent des repères pour les acteurs de chaque monde. (Modolo, Petitjean et Côme, 2020).

¹⁵ MGM (Société de production). (1997). *STARGATE SG-1*. Les créateurs de la série *Stargate SG-1* sont Brad Wright et Jonathan Glassner.

Pour y répondre, nous avons formulé plusieurs questionnements de recherche :

QR1 : Comment le projet personnalisé est-il être considéré par les acteurs du champ du handicap ?

Un levier, un outil, une contrainte, un frein pour l'accompagnement ?

- Pour comprendre le rôle du projet personnalisé, il apparaît important d'identifier le point de vue des acteurs sur la place qu'ils octroient au projet personnalisé.

QR2 : Quel est le rôle joué par les acteurs institutionnels, managériaux, opérationnels autour du projet personnalisé ?

- Il s'agit d'identifier la nature des rôles de chaque type d'acteurs lorsqu'ils mobilisent le projet personnalisé.

QR3 : Quelles sont les réponses mises en place par les organisations médico-sociales pour intégrer une visée participative, démocratique, collaborative au projet personnalisé ?

- Il s'agit d'identifier la nature des rôles de chaque type d'acteurs lorsqu'ils mobilisent le projet personnalisé.

QR4 : Comment une meilleure compréhension du rôle du projet personnalisé peut-elle contribuer à un accompagnement global de l'utilisateur ?

- Ce travail de thèse vise à spécifier l'intérêt d'une réponse proposer des préconisations managériales aux organisations médico-sociales.

Pour cela, nous réalisons une étude de cas unique (Yin, 2014 ; Hlady Rispal, 2015) au sein d'une association médico-sociale de taille moyenne (plus de 400 salariés) et d'une dizaine de structures qui proposent des modalités d'accompagnement différentes (internat, externat, semi-internat...). Leur principal champ d'action repose sur l'accompagnement d'enfants en situation de handicap. 55 entretiens semi-directifs ont été menés auprès des acteurs. Il s'agit d'entretiens menés auprès d'enfants en situation de handicap et de leurs parents, des professionnels de terrain ainsi que de managers.

STRUCTURE DE LA RECHERCHE

La thèse est structurée en deux grandes parties : la partie théorique et la partie empirique.

La partie théorique se compose de deux chapitres.

Le chapitre 1 présente une revue de la littérature qui porte sur l'évolution du secteur handicap en France. La première section vise à présenter le contexte historique du handicap jusqu'à son accompagnement. Elle revient sur les mouvements associatifs pour faire reconnaître le handicap auprès des pouvoirs publics jusqu'à l'émergence d'un management associatif. La seconde section spécifie l'organisation contemporaine du secteur médico-social ainsi que l'influence de deux courants idéologiques au sein des associations-gestionnaires du handicap : une tendance gestionnaire par le New Public Management ainsi qu'une logique de convivialité. Ce chapitre vise en toile de fond, à mettre en exergue le cloisonnement de la prise en charge du handicap.

Le chapitre 2 porte sur le projet personnalisé. La section 1 présente le contexte dans lequel est né officiellement le projet personnalisé au sein des structures médico-sociales. La section 2 met en perspective la revue de littérature ainsi que les courants théoriques précisés précédemment pour proposer une conceptualisation du rôle du projet personnalisé. Elle mobilise trois approches théoriques issues des courants de la sociologie pragmatique :

Les mondes sociaux (Boltanski et Thévenot, 1991) pour comprendre cloisonnements et blocages possibles entre les acteurs ;

La sociologie de la traduction (Akrich, Callon et Latour, 1988) pour permettre une compréhension entre les acteurs issus de mondes sociaux hétérogènes ;

L'objet-frontière (Star et Griesemer, 1989) pour recourir à une base commune qui contribue à intégrer les mondes sociaux et à les traduire.

La partie empirique comporte trois chapitres.

Le chapitre 3 présente notre positionnement épistémologique et nos choix méthodologiques. La section 1 précise la réflexion épistémologique qui nous a conduit à choisir la posture interprétativiste. Elle précise également le choix du processus exploratoire hybride, le raisonnement abductif ainsi que la démarche qualitative. La section 2 justifie le choix d'une stratégie de recherche : l'étude de cas unique. Elle présente le terrain d'étude et ses spécificités : une association-gestionnaire du handicap spécialisée dans le champ de l'enfance. Elle précise également la collecte de données par :

-un focus groupe à visée exploratoire et un focus groupe à visée confirmatoire, une observation participante non-revendiquée avec le rôle d'acteur-chercheur, la conduite de 55 entretiens semi-directifs ainsi qu'une revue documentaire. La section 3 précise le déroulement de la méthode d'analyse des données. Elle comporte la démarche d'attention flottante, le processus de codage par un codage multithématique et un triple codage.

Le chapitre 4 présente les résultats de l'étude ainsi qu'une discussion partielle. La section 1 vise à apporter une compréhension du projet personnalisé au sein de l'association étudiée. Elle vise à apporter un éclairage sur le projet personnalisé comme outil d'accompagnement ainsi que sur le contexte de la dématérialisation du projet au sein de l'association.

La section 2 présente l'influence de la loi 2002-2 sur le projet personnalisé. Elle vise à apporter un éclairage sur les pratiques avant la loi et sur la réponse des acteurs et de l'association, suite à la loi. La section 3 précise le processus de la démarche de projet personnalisé présent au sein de l'association étudiée. Elle comporte l'ensemble des phases : la préparation par le référentiel de l'association, la concertation, la contractualisation et la mise en pratique du projet.

Le chapitre 5 présente une discussion générale sur les résultats obtenus. La section 1 présente le projet personnalisé comme un symbole de l'outil de gestion durant la démarche de projet. La section 2 précise la transformation du projet personnalisé, de l'outil de gestion en objet-frontière par une logique de convivialité. La section 3 présente le projet personnalisé comme un objet-frontière durant les phases de la démarche de projet. Elle distingue les types d'objet-frontière à chaque étape. Elle identifie les facteurs internes et externes qui peuvent contribuer ou entraver le rôle du projet personnalisé joué par l'objet-frontière. Elle répond aux questions de recherche et propose des contributions managériales.

CHAPITRE 1 : POUR UNE COMPRÉHENSION DU CHAMP DU HANDICAP ET DE SES PARADIGMES

Dans ce chapitre, nous présentons une revue de littérature qui porte sur l'évolution du champ du handicap en France. Ce chapitre se structure en deux sections :

La section 1 vise à mettre en lumière une part importante de la chronologie qui a contribué à la reconnaissance du handicap. Il nous est apparu pertinent de revenir sur des événements historiques qui se sont déroulés afin de mieux comprendre l'évolution des représentations. Il est à noter que la perception socio-historique dans le champ du handicap s'avère complexe (Stiker, 1987), et que cette partie vise à apporter des éclairages pertinents sans qu'ils ne soient exhaustifs tout en tenant compte du contexte dans lesquels les représentations s'opèrent.

Cette section présente également le rôle important joué par les mouvements associatifs pour faire reconnaître le handicap.

La section 2 a pour objectif de définir les spécificités du champ du handicap au XXIème siècle. Elle présente la structuration du champ de la santé ainsi que les missions des organisations médico-sociales. Elle expose les deux courants idéologiques qui semblent toucher le champ du handicap : les associations-gestionnaires du handicap qui, par leur volonté de se professionnaliser, sont influencées par la doctrine du New Public Management ; d'autre part, ces mêmes associations agissent dans une logique de convivialité, en raison de leur forme associative.

SECTION 1 - CONTEXTE HISTORIQUE DU CHAMP DU HANDICAP EN FRANCE : DE LA REVENDICATION MILITANTE À L'ÉMERGENCE D'UN MANAGEMENT ASSOCIATIF

1. LE CONCEPT DE HANDICAP : DE L'ÉMERGENCE D'UNE PATHOLOGIE À LA CONSTRUCTION D'UN MODÈLE SOCIAL VERS UNE OFFICIALISATION PAR LE LÉGISLATEUR

1.1. LA RECONNAISSANCE SOCIO-HISTORIQUE DU HANDICAP : D'UNE LOGIQUE D'ENFERMEMENT À UNE VOLONTÉ DE RÉINSERTION

1.1.1. UNE PREMIÈRE PÉRIODE Tournée VERS L'INFIRMITÉ, LA FOLIE ET « L'ENFERMEMENT »

Une première période historique du Moyen-âge jusqu'au début du XXème siècle a particulièrement marqué la reconnaissance du handicap en France. La frise chronologique ci-dessous apporte un éclairage sur les changements importants qui ont eu lieu :

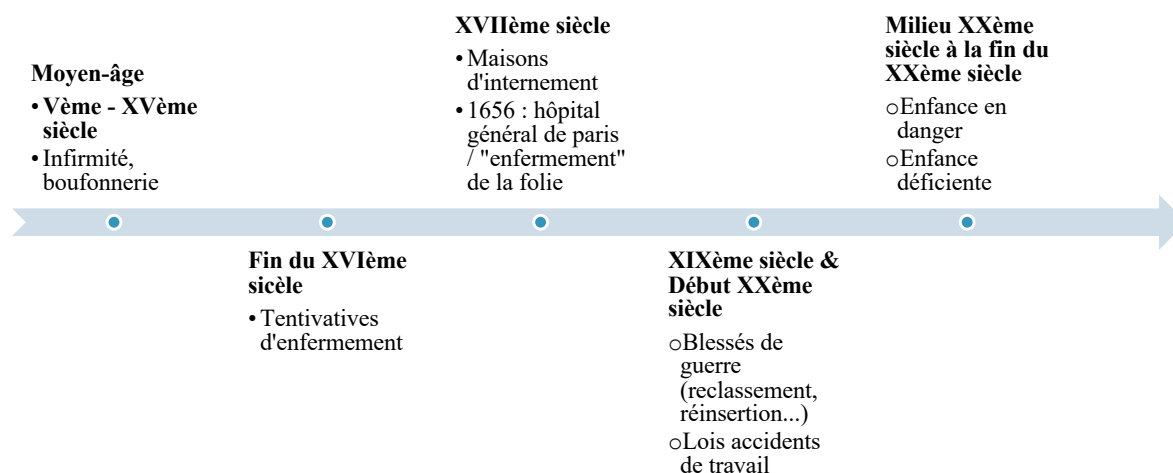


Figure 1 : Frise chronologique de la reconnaissance du handicap du XVème au début du XXème siècle. Source : Auteure

La première reconnaissance du handicap, sans qu'elle ne soit nommée ainsi, s'est déroulée à la période du Moyen-âge par l'infirmité (Vème au XVème siècle).

L'infirmité peut être définie comme une « restriction, un manque ou une absence dans les capacités qui nous permettent d'accomplir une activité considérée comme normale pour un être humain » (Marzano, 2002). L'infirmité renvoie alors aux perceptions des individus sur les normes et standards sociaux. En ce sens, elle se caractérise par une « déviation par rapport à des standards fixés » Marzano (2002).

La période du Moyen-âge témoigne alors d'un « système de l'infirmité comme bouffonnerie, lequel comprend des énoncés quasi diaboliques, mais aussi mystiques, mais aussi princiers : surévaluation du nain, du bossu, du faible d'esprit ou même du malade incurable » (Stiker, (2014). Plusieurs personnes relevant d'une infirmité physique ou intellectuelle à cette période occupaient une place visible et distinctive. Elles se différencient des autres individus qui composaient la société médiévale (Stiker, 2014). Ce groupe de personnes pouvait être considéré comme un ensemble de médiateurs (comme le « bouffon » du roi ou de la cour). Les personnes infirmes appartenaient à une catégorie marginalisée par la société et parfois associée à un groupe qui sème la terreur (Viltard, 2021). Cette catégorie de personnes ne réunissait pas que les infirmes, elle regroupait des « vieillards indigents, enfants sans parents, estropiés de toutes sortes, aveugles, paralytiques, scrofuleux, idiots comme un tableau de Jérôme Bosch, mais tous ces types ont en commun de ne pas subvenir par eux-mêmes à leurs besoins de base parce qu'ils ne peuvent pas œuvrer pour le faire » (Castel, 1995, p.29).

Lorsque l'infirmité était mise au ban de la société, une forme d'aide émerge par l'aumône, soutenue par l'Église (Viltard, 2021).

C'est en partie pour cette raison qu'il est souligné qu'à la fin du Moyen-âge, les pauvres seront divisés en deux catégories : ceux qui sont légitimes au secours par la société ou institutions religieuses – incapables de travailler, et ceux qui seront soumis à « contrôle social » – capables de travailler (Ville, Fillion, et Ravaud, 2020).

Le XVIème siècle fut marqué par des « conceptions et tentatives en vue d'enfermer certains pauvres, mendiants, vagabonds... dont des enfants » (Capul, 2007). Il était devenu nécessaire de « vider les rues des mendiants » par l'enfermement ou l'éloignement des villes (Viltard, 2021). Selon Capul (2007), une forme de ségrégation apparaissait notamment vis-à-vis des enfants par la création de l'hôpital de la Trinité (1545) qui réunissait les enfants « abandonnés et illégitimes » (Abadie, 2021). Capul (2007) souligne également que le mot « enfermement » apparaît en 1549.

C'est à cette période que née « une police des pauvres » (Geremek, 1980). Il semble que les pauvres sont à cette époque considérés comme des « indigents » (Ville, Fillion, et Ravaud, 2020). Ils seront « dénombrés, listés sur la porte des églises, parfois affublés d'une marque, signe du statut qui leur est attribué comme condition de leur prise en charge par les paroisses » (Ville, Fillion, et Ravaud, 2020). Cela va avoir pour effet d'interdire la mendicité à la fin du XVIème siècle (Ville, Fillion, et Ravaud, 2020). Les auteurs, Duvoux et Rodriguez (2016), évoquent le remplacement de la compassion par la répression.

Cela a eu pour effet à la fin de ce siècle la création d'institutions par des établissements d'enfermement ou des espaces asilaires (Stiker, 1987) pour tout pauvre ou indigent qui pouvait être « menaçant » (Ville, Fillion, et Ravaud, 2020).

Le XVIIème siècle a pour particularité la « création de vastes maisons d'internement » où aurait séjourné près d'un pourcent des habitants parisiens (Foucault, 1972). Cette période correspond aussi à l'apparition de la médicalisation de la maladie et de l'infirmité par le développement de son institutionnalisation (Stiker, 1987). En 1656, l'hôpital général à Paris par le gouvernement royal français fut créé comme « moyen d'encadrer la déviance » (Viltard, 2021). L'hôpital se composait d'établissements pour « les hommes (Bicêtre), les femmes et filles (La Salpêtrière) et les garçons (La Pitié) » (Laget & Salaün, 2004). Ce n'est qu'à partir de la déclaration royale de 1662 que l'hôpital général, en tant qu'institution fut déployé au sein des autres villes.

La naissance de cette institution intervient dans un contexte où le nombre croissant de mendiants au sein des villes a pour effet de les rendre plus visibles. Pour Quézel (2012), cela s'inscrit dans une « politique d'enfermement des mendiants » où l'acte de mendicité y a été proscrit.

1.1.2. UNE SECONDE PÉRIODE TOURNÉE VERS LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

Si la première période indique que l'infirmité représentait et un statut marginalisé et une cause de la pauvreté, la seconde période de la fin XIXème siècle au XXème siècle indique une catégorisation plus spécifique du handicap.

Pour Stiker (1987), le point de rupture avec la première période représente la fin du XIXème et le début XXème siècle. La première guerre mondiale de 1914 à 1918 a engendré plus de « trois millions de blessés sur huit millions de soldats mobilisés en France » (Papastamkou, 2011). A la fin de la guerre, ils sont plus d'un million à être considérés comme invalides (Papastamkou, 2011).

Ce nombre comprend environ 300 000 mutilés de guerre (Papastamkou, 2011). Les travaux montrent que la première guerre mondiale a eu plusieurs conséquences :

- ⇒ Cela a eu pour effet de faire émerger des lois sur les accidents du travail. L'exemple de la loi de 1924¹⁶ témoigne de la distinction entre les mutilés de guerre (ils sont devenus invalides suite à un accident du travail) et les personnes civiles invalides (le travail n'est pas une conséquence de leur invalidité) (Stiker, 1987 et Omnès, 2015).
- ⇒ Cet événement dont les répercussions humaines ont été importantes a également conduit à une « culpabilité sociale extrême et une responsabilité sociale » (Stiker, 1987).
- ⇒ La première guerre mondiale a également produit la loi de reclassement et réinsertion des blessés de guerres (1924) afin que ces derniers puissent entre autres contribuer à l'économie du pays dans un contexte d'après-guerre (Stiker, 1987).
- ⇒ L'infirmes de guerre passe alors d'une personne considérée comme « incapable » ou « invalide » à « quelqu'un qui doit faire retour dans la société » (Stiker, 1987).

1.1.3. UNE TROISIÈME PÉRIODE TOURNÉE VERS L'ENFANCE INADAPTÉE

L'expression « enfance inadaptée » apparaît en 1943, lors de la première commission du Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral.

Que signifie l'enfance inadaptée ?

D'après Durand (2004), « l'expression « enfance inadaptée » est ambiguë, du fait de sa double acception ». Pour l'auteur, elle désigne à la fois :

- Un constat : l'inadaptation ;
- Une réponse : « l'ensemble du dispositif d'assistance destiné aux enfants déficients mentaux ou présentant des troubles du comportement et dans lequel les structures propres à la psychiatrie se sont confondues tout un temps » ;

L'auteur (Durand, 2004) distingue deux formes d'inadaptation :

¹⁶ Loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de la guerre. Site consulté le 2 mars 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000316490>

- « inadaptation par » qui fait référence à la déficience (sensorielle, mentale) ;
- « inadaptation à » qui désigne les troubles du comportement causés par « une carence du milieu qui peut se montrer insuffisant ou perturbateur ».

Selon Victorien (2011), l'enfance inadaptée désigne un « groupe relativement hétérogène associant des jeunes aux symptômes et aux maux très divers dont le seul point commun est de ne pas répondre aux principes de « normalité » véhiculés par la société ».

Pourquoi évoque-t-on une enfance « inadaptée » ?

L'enfance inadaptée renvoie aux effets du régime de Vichy (Chauvière, 1980). Ce régime fait référence aux années 1940 à 1944. Le taux de délinquance menée par des enfants a été multiplié par trois entre 1939 et 1942 (Fishman, 2008).

Cette période a fait émerger une nécessité de regrouper des établissements à prendre en charge les enfants afin de les « rééduquer ».

En effet, il était question de la « rééducation » des enfants « inadaptés » (Debesse, 1958 ; Lenglet, Berland et Chaplain, 1965)

C'est aussi à cette période où : « c'est dans un contexte de défiance à l'égard de l'école républicaine et des valeurs qu'elle promouvait – notamment dans la période de la Seconde Guerre mondiale – que s'est vue renforcée une approche médico-sociale et que les établissements spécialisés ont reçu un plein soutien et ont connu un plein essor (Chauvière, 1980) » (Gossot, 2007).

Elle sera également sous l'influence de la volonté de plusieurs psychiatres cherchant à développer des établissements spécialisés pour la prise en charge de l'enfance « inadaptée » avec des liens de plus en plus étroits avec l'État (Chauvière, 1980).

C'est dans cette perspective de collaboration établissement-État que :

« Par « secteur du handicap », nous entendons le secteur d'action publique en faveur des personnes handicapées tel qu'il s'est construit après la Seconde Guerre mondiale, autour de la notion d'enfance inadaptée, bien qu'il intègre rapidement les établissements et les services à destination des adultes » (Cret et Guilhot, 2016).

Mais cette période a aussi été considérée comme vecteur de la « configuration concurrentielle segmentée entre opérateurs privés associatifs » (Cret et Guilhot, 2016).

Cette première sous-partie visait à présenter la reconnaissance du handicap sous trois angles :

- La personne ayant un statut plutôt d'infirmes marginalisés voire de mendiants car elle s'écarte des standards sociaux. C'est en cela que cette place a pu donner la naissance à des institutions d'enfermement ou d'internement.
- La personne ayant un statut de mutilé de guerre qui peut être réinsérée professionnellement au sein de la société.
- La personne, en tant que mineur, ayant une place d'enfant « inadapté ». L'enfance inadaptée apparue au milieu du XXème a d'ailleurs été un point d'émergence du secteur du handicap.

La seconde sous-partie vise à présenter la place officielle du handicap par une reconnaissance législative et institutionnelle.

1.2. LA RECONNAISSANCE LÉGISLATIVE ET INSTITUTIONNELLE :

1.2.1. LA PRISE EN CHARGE OFFICIELLE DU HANDICAP

C'est en 1975 que le handicap a pris officiellement une place spécifique dans le champ de l'action publique. En effet, la « Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées » est la première loi dédiée au handicap. Elle présente six nouvelles dispositions pour la prise en compte du handicap :

- L'enfance et l'adolescence ;
- L'emploi ;
- Les prestations destinées aux adultes ;
- L'aide sociale ;
- La vie sociale ;
- Des dispositions diverses et transitoires (dépenses de fonctionnement, allocations de ressources...).

Une seconde loi apparaît et suit la même année la première loi précédemment citée. Il s'agit de la « Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ». Cette loi officialise le statut et le fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux et de surcroît, fait naître des structures spécialisées dans le champ du handicap désormais financées par l'État.

Les établissements prenant en charge spécifiquement le handicap sont ainsi appelés des établissements médico-sociaux. La section 2 reviendra sur la distinction entre les structures sociales et médico-sociales.

L'officialisation de la prise en charge du handicap ne sera pas la seule initiative. La loi n°75-534 du 30 juin 1975 a également légitimé la naissance de deux commissions, garantes de cette reconnaissance du handicap. La Commission Départementale de l'Éducation Spéciale (CDES) et la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnelle (COTOREP) ont ainsi vu le jour. Ces commissions ont été chargées de l'orientation de la personne en situation de handicap au sein des institutions médico-sociales spécialisées et de l'attribution d'une compensation financière.

1.2.2. LA DÉFINITION ET LA CATÉGORISATION DES FORMES DE HANDICAP

La notion de handicap provient du terme anglais « hand in cap » (la main dans le chapeau) en référence au monde des jeux de hasard. Elle « remplace peu à peu les termes d'infirmes, d'invalides, d'inadaptés avec le développement de l'industrialisation (accidentés du travail), puis avec les victimes des conflits armés » (Lespinet-Najib et Belio, 2013).

En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que : « est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école où à occuper un emploi s'en trouvent compromis » (Camberlein, 2015).

A cette même période, l'OMS publie une Classification Internationale des Handicaps (CIH) pour définir trois catégories de handicap : la déficience, l'incapacité et le désavantage. La CIH est elle-même inspirée des travaux du médecin-professeur Philippe Wood (1975) : « IMPAIRMENT » ; « DISABILITY » ; « HANDICAP » traduits par Rossignol (2004) : altération, invalidité et handicap.

La CIH a été publiée en Anglais en 1980. Par la suite, elle a été traduite par l'INSERM en langue française en 1988. Elle visait à clarifier la notion de handicap, où elle s'apparente à un « désavantage individuel insuffisamment compensé par la société » (1988). Elle montre que la maladie, la déficience, l'incapacité et le désavantage sont à la fois différenciés et liés (p.28, 1988) comme le montre la figure ci-dessus (INSERM, 1988) :

MALADIE→DÉFICIENCE→INCAPACITÉ→DÉSAVANTAGE
ou TROUBLE
(situation intrinsèque) (extériorisée) (objectivée) (socialisée)

Figure 2 : Liens entre maladie, déficience, incapacité et désavantage. Source : INSERM (1988)

Le handicap, considéré comme une maladie, s'est étendu aux freins sociaux comme le montre la CIH. La notion de handicap par l'OMS (1988, INSERM) se compose de plusieurs catégories :

- ✓ La déficience, qui se caractérise par « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique » ;
- ✓ L'incapacité, qui se caractérise par « toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » ;
- ✓ Le désavantage ou le handicap, qui « résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) ».

L'OMS n'a pas été la seule organisation à mettre en exergue la dimension inhibante à la contribution sociale de l'individu porteur d'un handicap.

Depuis 2005, par la loi du 11 février 2005, le handicap est défini comme tel : « Constitue un Handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

La CIH est révisée puis remplacée en 2001 par la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) où les facteurs environnementaux y ont été intégrés.

Les instances internationales (OMS) et la législation française (loi de 2005¹⁷) identifient et distinguent plusieurs formes de handicap. L'OMS identifie cinq types de handicap : moteur, sensoriel, mental, psychique et invalidant. La loi de 2005 en identifie six :

Tableau 1 : Six formes de handicap présentées par la loi de 2005. Source : Auteure

Le handicap moteur	Capacité limitée de déplacement ou réalisation de gestes
Le handicap sensoriel	Invalidité totale ou partielle au niveau d'un ou plusieurs sens (ouïe, vue...)
Le handicap mental	Déficience intellectuelle en fonction de l'âge de la personne
Le handicap psychique	Conséquence d'une maladie de la pensée ou de la personnalité
Le handicap cognitif	Altération des facultés de compréhension et de raisonnement
Le polyhandicap	Handicap grave présentant une déficience intellectuelle, une invalidité motrice et pouvant être associé à des troubles psychiques.

Le handicap est défini par le législateur de la manière suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans un environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, mentales, cognitives, ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » Art. L-114 du Code de l'action sociale et des familles (Loi n°2005-102).

Dans cette sous-partie, nous avons évoqué les représentations historiques et officielles associées au handicap. Nous verrons dans la partie suivante que la place du handicap en France ne se limite pas à un débat conceptuel mais qu'elle a aussi été le fruit d'un élan associatif.

¹⁷ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Site consulté le 4 mars 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/>

2. L'ÉMERGENCE DES MOUVEMENTS ASSOCIATIFS POUR FAIRE RECONNAÎTRE LE HANDICAP : UNE VOLONTÉ MILITANTE DE COMPENSER LES RÉPONSES ÉTATIQUES

Il apparaît complexe de retracer l'histoire du champ du handicap en France (Stiker, 1987). De nombreux événements ont eu lieu (enfermement des pauvres, naissance d'hôpitaux, industrialisation, guerres mondiales, ...). Cette seconde sous-partie vise à apporter un éclairage spécifique sur l'histoire du champ du handicap en présentant l'un des acteurs qui la compose et plus particulièrement les associations. Elle présente le rôle important des associations à la fois dans la reconnaissance du handicap et dans sa prise en charge. En effet, les organisations mobilisées dans le champ du handicap sont majoritairement représentées sous la forme d'associations (Malet, 2012). Cette frise synthétise les périodes marquantes qui ont contribué à l'émergence des associations (Chauvière, 2016) :

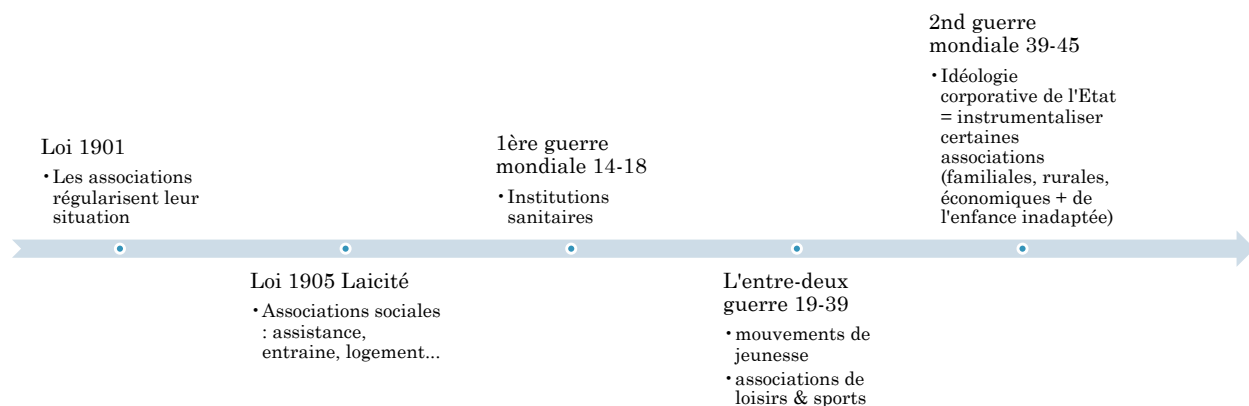


Figure 3 : Frise chronologique de l'émergence des mouvements associatifs au XXème siècle adaptée de Chauvière (2016)

2.1.1. L'ASSOCIATION PAR L'ENGAGEMENT D'INDIVIDUS

En 1901, le législateur, par la loi du 1^{er} Juillet 1901¹⁸ relative au contrat d'association, officialise le statut d'association. La définition de ses caractéristiques sont apparus au sein du premier article de la loi. Nous remarquons que l'association se différencie par l'absence de partage de bénéfices comme on peut l'observer

¹⁸ Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. Site consulté le 23 juillet 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006069570/>

au sein d'organisations à visée lucrative telles que les entreprises. A cet égard, l'article 1 de cette loi stipule que : « L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices ». D'un point de vue juridique, l'association est « régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et obligations ».

Les conditions pour créer une association sont les suivantes : « Les associations de personnes pourront se former librement sans autorisation ni déclaration préalable, mais elles ne jouiront de la capacité juridique que si elles se sont conformées aux dispositions de l'article 5 » (Article 2)

Les associations peuvent aussi se caractériser dans leurs missions par une lutte contre des institutions (Diebolt, 2002).

Au niveau structurel, l'association « comprend, en général, un organe de direction, le conseil d'administration et une assemblée générale » (Debbasch et Bourdon, 2006b). Pour le conseil d'administration (CA) :

- Il est fixé par les statuts de l'association où il s'agit majoritairement d'une élection des administrateurs (membres élus qui composent le CA) par l'assemblée générale (Debbasch et Bourdon, 2006b) ;
- Il « peut désigner en son sein un bureau qui comprend un président, le cas échéant des vice-présidents, un ou plusieurs secrétaires et un trésorier » (Debbasch et Bourdon, 2006b).

Le « président convoque le conseil d'administration et les assemblées générales. Il a le pouvoir juridique de représenter l'association et, sauf si les statuts en disposent autrement, il passe les contrats, engage le personnel, agit en justice » (Debbasch et Bourdon, 2006b).

Quant à l'assemblée générale, elle représente « l'organe souverain de l'association chargé de prendre les décisions les plus importantes » (Debbasch et Bourdon, 2006b).

L'association de la loi 1901 se différencie des autres organisations non-associatives par un principe de liberté (Debbasch et Bourdon, 2006a).

2.1.2. L'ÉGLISE, UN SOUTIEN INSTITUTIONNEL HISTORIQUE DES ASSOCIATIONS

Depuis sa naissance, l'Église incarne une représentation institutionnelle de la religion chrétienne (Pietri, 2007 ; Chelini-Pont, Dubertrand, et Zuber, 2019). Elle occupe également un rôle d'acteur social (Defois, 1984). Il faut souligner que l'Église a longtemps prôné la charité afin de soulager l'individu qui se trouve dans une situation de maladie, de misère ou de souffrance (Geadah, 2012). Elle a donc été un acteur important dans l'intervention sociale (Geadah, 2012). Cela lui a conféré un rôle d'intermédiaire institutionnel entre la société civile et les pouvoirs publics (Gisel, 2012).

Pour Lefèvre (2011), cette institution chrétienne qu'est l'Église a largement contribué, par ses initiatives et actions de charité auprès des plus démunis, au développement de la « dimension missionnaire et militante » portée aujourd'hui par les associations. Les Églises en tant qu'institutions religieuses sont dotées « d'une grande force d'inertie » (Diebolt, 2002). Elles ont également joué un rôle au sein du champ médico-social, en apportant un soutien aux associations, et parfois en y exerçant un contrôle. (Diebolt, 2002)

2.1.3. LA PÉRIODE DE L'APRÈS-GUERRE, UN VECTEUR DE L'ACTION MILITANTE

Nous avons évoqué précédemment que la première guerre mondiale a provoqué de multiples infirmités pour les soldats. C'est la raison pour laquelle une compensation financière a été prévue par l'État. Toutefois, ces anciens combattants, porteurs d'une invalidité, ont décidé de se réunir sous une forme associative afin d'exiger une aide publique pour qu'ils puissent être réintégrés dans la société, notamment dans la sphère professionnelle (Romien, 2005). L'effort militant porté par ce mouvement associatif a contribué à la réinsertion professionnelle d'anciens soldats. Cette période a créé un lien entre l'association et l'État. C'est ainsi qu'après 14-18 a eu lieu la première vague associative en faveur de la prise en charge des personnes invalides.

2.1.4. L'ASSOCIATION, UN MÉDIATEUR ENTRE LA SOCIÉTÉ ET L'ÉTAT

Selon Chauvière (2016), « depuis la fin des années 1930, l'État incorporait de plus en plus la vie associative comme médiation avec la société civile (au-delà de ses propres réseaux habituels) et comme moyen pratique de développer son action, sans recourir au service public ».

Le second mouvement revendicatif a été particulièrement présent après la seconde guerre mondiale.

Le handicap était devenu progressivement une préoccupation politique, d'abord pour le champ associatif, puis dans la sphère publique. En effet, c'est à ce moment que vont naître les associations du handicap portées par un grand mouvement de parents d'enfants porteurs d'un handicap. Ces familles vont rassembler leurs doléances et leurs angoisses pour sensibiliser les pouvoirs publics (Jaubert, 2014).

C'est également à cette période qu'est évoqué : « l'enfance inadaptée » où : « en janvier 1944, une commission officielle, le « Conseil technique de l'enfance déficiente ou en danger moral », propose une « nomenclature et classification des jeunes inadaptés » (Capul et Pineau, 2010). L'enfance inadaptée se caractérise par un désavantage par rapport à une partie de la société plus « favorisée » au niveau social, familial, économique et médical. Cette représentation d'un déséquilibre sociétal semble faire émerger, dans les années 70, une volonté de compensation. L'exemple qui peut être donné est l'instauration « d'un intense dispositif d'assistance différenciée pour les plus démunis scolairement (appuis scolaires, ouvertures de classes spécialisées, etc.) » (Oberholzer, 2005)

Quel a donc été le rôle de l'État ?

Le XXème siècle est marqué progressivement par un État plus attentif à la protection sociale de ses citoyens. Les lois produites à cette période tendent à l'assimiler à un État-providence. Nous pouvons par exemple penser à la loi du 30 avril 1930¹⁹. L'une des critiques formulées est d'avoir un État qui exerce un pouvoir « trop interventionniste » (Diebolt, 2002). Toutefois, l'élément intéressant est que les législations produites ont eu pour effet de recomposer le paysage associatif (Diebolt, 2002).

L'Etat-providence s'empare d'un rôle social (Merrien, 2007). La répartition des richesses du pays a conduit à une répartition des prestations sociales. Il est alors question d'une redistribution et d'un subventionnement mais, qui, *in fine*, « garantit et assure, en charge du bien-être des citoyens » (Jacquillat, 2012).

Ce rôle d'État-providence désigne également « un champ limité d'intervention publique – la protection sociale – ou une conception large du rôle de l'État comme régulateur de l'activité économique et sociale » (Cassiers et Reman, 2007).

L'État-providence se caractérise alors par son intervention au sein des politiques sociales et économiques afin de proposer des conditions socio-économiques équitables.

A l'origine, l'investissement économique était tourné vers « tous les enfants de tous les milieux » (Guillaume, 2007). Il s'agit de l'attribution d'allocations familiales que l'État apporte une « contribution

¹⁹ *Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales. Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930.* (1930). <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k61493360>

au coût de l'enfance » (Guillaume, 2007). Au fur et à mesure des réformes, le champ d'action a été différencié. Un public réunissant les « personnes le plus en difficulté, mères célibataires, ou parents d'enfants handicapés » était davantage visé (Guillaume, 2007).

Ce fut alors le début d'une collaboration entre « l'initiative privée » (associative) et « l'intervention étatique » (publique) (Tricart, 1981). L'alliance produite apporterait un cadre « hybride » et une action « décentralisé[e] » de par les flux continus entre les directives de l'autorité publique et la mise en œuvre de la politique du handicap. (Tricart, 1981)

Debbasch et Bourdon (2006a) ont défini les associations qui s'investissent dans des missions d'intérêt général comme des « auxiliaires de l'Administration » en raison du fait qu'ils « collaborent aux côtés de la puissance publique aux actions éducative, culturelle, sportive, de loisirs, sanitaire, sociale, d'urbanisme et de logement ».

Le XX^{ème} siècle a donc constitué une période marquée à la fois par l'aide aux plus démunis, de fortes revendications associatives et la naissance de l'État-providence. Par le biais des prestations sociales élargies aux publics les plus en difficulté, l'aide sociale et médico-sociale se décompose (Chauvière, 2005) progressivement en trois publics cibles : « enfance, personnes âgées, handicapées » (Chauvière, 2016)

Les mouvements revendicatifs de l'après-guerre ont aussi fait naître un nouveau corps de métier : le travailleur social (Artois, 2012). L'intervention sociale a suivi les élans « militantistes » (Chauvière, 2005). Elle se nourrit de l'ambition d'amener de la solidarité au sein de la société (Besnard, 2015). Cela a eu pour effet de faire émerger une dynamique relationnelle, une « rencontre de l'autre » (Besnard, 2015). En outre, le travailleur social propose son aide à un individu en situation de fragilité ou en difficulté (Besnard, 2015). Il s'agit alors d'une rencontre entre la personne en situation de handicap (la personne accompagnée) et le travailleur social (la personne accompagnante). Cette rencontre est l'occasion pour le travailleur social de s'approprier l'histoire « familiale et sociale » de la personne en situation de handicap (Besnard, 2015).

En 1969, le rapport de Bloch-Lainé transmis au premier ministre de l'époque, Georges Pompidou qui s'intitule « Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées » introduit une première reconnaissance officielle du handicap (Didier-Courbin & Gilbert, 2005).

Les politiques publiques se sont modifiées progressivement notamment par la décentralisation du cadre décisionnel à partir de 1982²⁰ (Chauvière, 2007). Cette décentralisation a alors conduit à un financement

²⁰ La décentralisation de l'administration débuta à partir de la loi du 2 mars 1982. Cette loi a été suivie par de nombreux autres textes législatifs.

plus accessible pour les associations de parents en charge d'institutions médico-sociales (Chessel et Nicourd, 2009). Cela a alors contribué à une croissance de la taille de ces associations et de surcroît à l'émergence d'une gouvernance associative. La prise en considération et la gestion du handicap se sont donc déroulées en deux vitesses : dans un premier temps, la sensibilisation de l'État par le militantisme associatif, puis, dans un second temps, l'agrandissement de petites associations.

SECTION 2 - SPÉCIFICITÉS CONTEMPORAINES DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : ENTRE TENDANCE GESTIONNAIRE DU NPM ET « ESPRIT DE CONVIVIALITÉ »

Cette section présente l'organisation du grand champ de la santé et les frontières relativement poreuses des trois secteurs qui la composent : le social, le sanitaire et le médico-social.

Elle vise à apporter un éclairage sur les trois types publics pris en charge par le secteur médico-social : la vieillesse, l'addiction et le handicap.

Elle présente également les deux courants idéologiques qui touchent le secteur médico-social et plus particulièrement le champ du handicap.

1. LA SECTORISATION DU CHAMP DE LA SANTÉ

1.1. PRÉSENTATION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL, SANITAIRE ET SOCIAL : ENTRE FRONTIÈRES POREUSES ET SINGULARITÉS DES STRUCTURES D'ACCOMPAGNEMENT

Dans le cadre de l'État-providence et par l'incitation des mouvements associatifs, les pouvoirs publics ont souhaité apporter une réponse sectorielle et structurelle du champ de la santé. C'est dans cette optique que le champ de la santé est divisé en trois grands secteurs : le social, le médico-social et le sanitaire. Ces derniers se composent de services ou d'établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Le schéma ci-dessous précise leur périmètre d'accompagnement et donne ainsi une première lecture de l'organisation du champ

de la santé. Il est tiré d'éléments juridiques (lois, codes...) ²¹ qui visent à distinguer implicitement les trois secteurs. Toutefois, ce schéma ne précise pas les formes d'accompagnement, le statut des organisations et leur catégorie, l'ensemble des types de publics accompagnés :

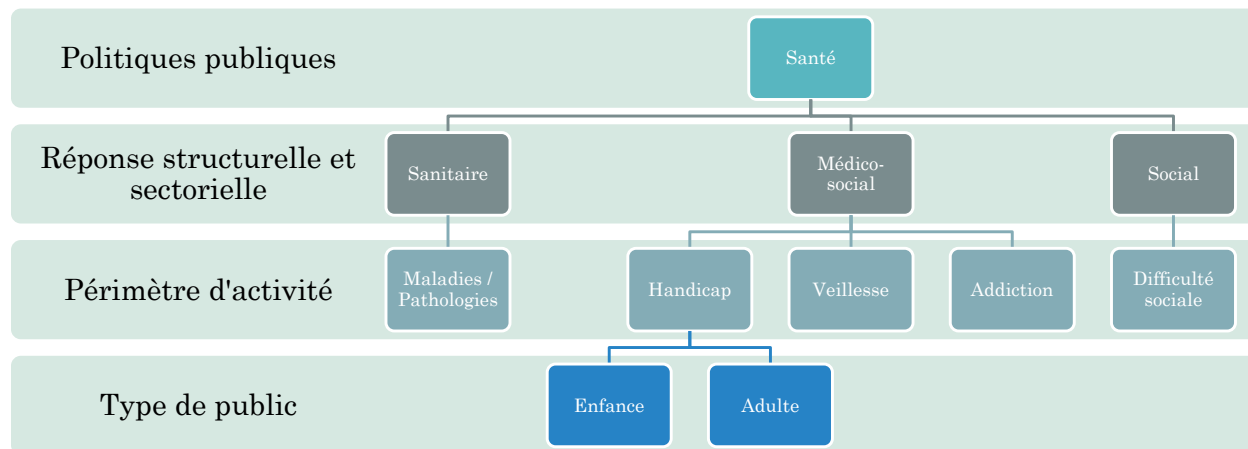


Figure 4 : Les trois secteurs du champ de la santé. Source : Auteure

Terral (2013) tente de différencier les trois secteurs de la façon suivante :

- Le sanitaire vise à répondre aux besoins médicaux des individus ;
- Le social tend à renouer des liens sociaux ;
- Le médico-social « synchronise les approches thérapeutiques, pédagogique et éducative ».

Pour le secteur médico-social, l'auteur précise que :

- L'approche thérapeutique n'est pas représentée comme un acte médical au sens strict mais intègre plutôt une dimension large du soin ;
- L'approche pédagogique cherche à développer une « attitude d'apprentissage » ;
- L'approche éducative tend à « faire de tout enfant un homme ».

²¹La loi de 1975, la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Code d'action sociale et des familles (Article L312-1 ; Articles L312-6 à L312-7-1) ; Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 ; Décret n° 2007-221 du 19 février 2007 ; Loi HPST ; Arrêté du 2 juillet 2021 portant extension d'un accord conclu dans le secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif

Il souligne également que l'approche éducative a une importante influence dans le secteur médico-social.

Le secteur médico-social articule alors plusieurs approches, elles-mêmes issues de différentes disciplines (la psychologie, l'éducation, l'enseignement, la médecine, ...).

Comme son nom l'indique, le secteur médico-social vise à mettre en relation l'approche médicale et sociale de l'accompagnement. C'est la raison pour laquelle il peut être considéré comme un intermédiaire, un entre-deux du secteur social et sanitaire (Terral, 2013).

Les frontières entre les trois secteurs du champ de la santé apparaissent poreuses (De Martel, 2015). Cela peut s'expliquer en raison du fait que les besoins de l'individu ou l'accompagnement ne se limitent généralement pas à un seul secteur. C'est également le cas pour le secteur judiciaire, « lorsqu'il s'agit d'articuler la sanction de la faute et la réinsertion sociale du coupable » (De Martel, 2015). Un des signes qui marque implicitement et indirectement cette connexion entre les secteurs est l'absorption ou la création de plusieurs types d'établissements (de santé, social ou médico-social) par les organisations-gestionnaires (De Martel, 2015). D'un point de vue législatif, la loi HPST²² par la création des Agences Régionales de Santé tend à décloisonner les trois secteurs (Jaeger, 2011).

On distingue souvent deux principaux types de publics accompagnés dans le secteur médico-social : les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Caraglio (2019) opère cette distinction de plusieurs manières, par :

- La création et le développement des structures (leur genèse)
- Le statut des organisations qui les composent
 - o Où les organisations privées commerciales sont très présentes dans le champ des personnes âgées ;
 - o Où le statut associatif (privé aussi mais non lucratif) est davantage présent dans le champ du handicap.
- L'offre proposée
 - o Est plus ou moins centrée sur un « accompagnement sanitaire » pour les personnes âgées, principalement en raison des comorbidités, de la diminution de l'autonomie motrice, du développement de démences... ;

²² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Site consulté le 10 avril 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>

- Accorde une place importante au « projet de vie » pour les personnes en situation handicap « avec un éventail d’offres beaucoup plus personnalisées ». Cela est dû en partie aux circonstances hétérogènes de troubles ou déficiences (de naissance ou d’origine accidentelle), de perte d’une autonomie physique...

Dans le champ du handicap, les établissements accueillant des enfants sont parfois comparés aux établissements scolaires car la prise en considération de la dimension scolaire fait partie de leurs missions²³ (article L-311-1 du Code d’Action Sociale et des Familles). Seulement, ces établissements « ont longtemps constitué une « filière en marge du système scolaire » (Caraglio, 2019).

Ils participent à la scolarisation des enfants en situation de handicap de deux manières (Caraglio, 2019) :

- par la mise en place de temps scolaires avec des enseignants spécialisés ;
- par une inclusion au sein d’établissements scolaires avec l’appui de professionnels médico-sociaux.

Les organisations médico-sociales accueillant des enfants en situation de handicap regroupent plusieurs types de services et établissements. Notre étude recouvre trois principales structures :

Tableau 2 : Trois principales structures médico-sociales. Source : Auteure

Type de structure	Signification	Type de handicap principalement accompagné
IME	Institut médico-éducatif	Déficit intellectuel avec ou sans troubles associés (moteurs, sensoriels, comportemental...)
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique	Difficultés psychologiques qui se manifestent par des troubles du comportement et qui perturbent « gravement la socialisation et l’accès aux apprentissages » ²⁴
SESSAD	Service d’éducation spécialisée et de soins à domicile	Déficience intellectuelle, troubles du comportement, polyhandicap...

²³ Article L311-1—Code de l’action sociale et des familles—Légifrance. (s. d.). Site consulté le 14 février 2023, à l’adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045293678

²⁴ Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d’organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. Site consulté le 10 juillet 2023, à l’adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000260009>

La tranche d'âge et le type de handicap des enfants que peuvent accueillir ces structures sont précisés au sein de l'agrément de l'établissement. Cet agrément représente un support officiel qui détermine le périmètre d'activité de l'établissement : tranche d'accueil, type de handicap, nombre de places. La tranche d'âge peut s'étendre de 0 ans à 18 ans avec des dérogations possibles après la majorité de l'enfant. L'amendement Creton (1989) stipule notamment qu'un maintien au sein de l'établissement est possible jusqu'aux vingt ans de l'enfant en attendant une solution plus adaptée.

Un autre élément est à prendre en considération. Depuis le décret du 24 avril 2017²⁵, les ITEP et les SESSAD peuvent fonctionner en Dispositifs Intégrés des Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (DITEP). Ce décret stipule que le fonctionnement en DITEP « vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les ITEP et les SESSAD ».

La première raison avancée suggère une orientation des enfants plus « fluide » où « l'enfant ou le jeune peut ensuite procéder à des changements de modalités d'accompagnement sans nouvelle notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ».

La seconde vise à faciliter le fonctionnement si l'enfant change de modalité de scolarisation.

Et la troisième raison est de « permettre une meilleure fluidité des parcours des enfants » ainsi qu'une « meilleure adaptation de la prise en charge à leurs besoins ».

D'après certains, le passage en Dispositif vise à encourager un décroisement des structures d'accompagnement, une coopération entre elles voire une culture commune (Gonnard et Desmet, 2014 ; DIEP, 2021).

1.2. LES MISSIONS ET LA RÉPARTITION ORGANISATIONNELLE DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Nous rappelons que les structures prenant en charge le handicap sont généralement nommées de la manière suivante : services ou établissements médico-sociaux.

²⁵ Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé—Légifrance. (s. d.). Site consulté le 14 février 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034485262>

Aujourd'hui, l'appellation du « secteur médico-social » regroupe non seulement des structures relevant du handicap mais inclut également celles prenant en charge la dépendance chez les personnes âgées et pour une part plus petite, les personnes en situation d'addiction.

Les organisations médico-sociales en France concourent à accompagner des personnes en situation de fragilité ou difficulté, et plus particulièrement « en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance »²⁶. Trois types de publics sont généralement concernés : les personnes porteuses de handicap, les personnes âgées et les personnes souffrant d'addiction. Des établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont dédiés à la prise en charge de ces publics.

Leurs missions, définies par l'article L-311-1 du Code d'Action Sociale et des Familles et elles consistent à :

- ✓ Évaluer et prévenir les risques sociaux et médico-sociaux ;
- ✓ Protéger les usagers au niveau administratif ou judiciaire des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;
- ✓ Mettre en place des activités éducatives et des actions thérapeutiques adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;
- ✓ Promouvoir l'intégration scolaire, l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- ✓ Aider à la réalisation d'actes de la vie quotidienne y compris à titre palliatif ;
- ✓ Contribuer au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

Ce secteur est composé de plus de 30000 établissements et services²⁷. Il représente au total plus d'un million places²⁸ dans toute la France.

1.2.1. LA PRISE EN CHARGE DE LA VIEILLESSE

²⁶ *Le champ médico-social*. (2023, juillet 31). <https://www.grand-est.ars.sante.fr/le-champ-medico-social-0>

²⁷ Site consulté le 3 décembre 2021, à l'adresse <http://www.ars.sante.fr/Accompagnement-medico-social.89767.0.html>

²⁸ 1.409.190 de places en 2022 répartis entre le champ du handicap et le champ des personnes âgées ; Site consulté le 2 juillet 2023, à l'adresse <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service-loffre-medico-sociale/les-creations-de-places/les-bilans-des-plans>

Le champ des personnes âgées se divise en plusieurs catégories de services et d'établissements. L'activité de ces structures varie selon le niveau d'autonomie ou de dépendance des usagers pris en charge. En effet, il existe aussi bien des institutions qui prennent en charge des personnes en perte d'autonomie physique et psychique, que des prestations de service au domicile.

Le secteur est géré par :

- le service public (majoritairement) ;
- les groupements ou associations à but non lucratif ;
- les groupements ou organisations à but lucratif.

22 % des établissements et services des personnes âgées appartiennent au secteur privé non lucratif, 50 % au secteur public et moins de 28 % au secteur privé commercial²⁹. (FINESS, janvier 2015).

1.2.2. L'ADDICTION

La prise en charge de l'addiction touche trois principaux domaines d'intervention :

- le tabac ;
- l'alcool ;
- la drogue.

Elle peut s'effectuer de manière curative ou préventive. Lors de l'ancien mandat présidentiel (2007-2011), le budget annuel avait été fixé à 77 millions d'euros soit au total 375 millions d'euros au bout des 5 années³⁰.

Les centres de prise en charge de l'addiction peuvent être gérés par :

- des associations ;
- des établissements publics de santé.

Les associations semblent représenter un poids important³¹.

²⁹ Site consulté le 2 juillet 2023, à l'adresse <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/les-esms-quest-ce-que-cest>

³⁰ Site consulté le 12 juillet 2023, à l'adresse http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf

³¹ Sites consultés le 12 juillet 2023, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_addictologie_anesm.pdf

1.2.3. LE CHAMP DU HANDICAP

Le champ du handicap tient compte de l'âge du public lors de l'accompagnement. Il distingue un public « enfant » et un public « adulte ». En 2015, il représentait presque 241000 places³² réparties dans les établissements et services, dont près de deux tiers (2/3) sont occupés par le public « enfant » et presque un tiers (1/3) pour le public « adulte ». En 2023, 336 300 professionnels lui étaient dédiés (CNSA, 2023)³³. Depuis le début de la politique en faveur des personnes handicapées, la contribution des pouvoirs publics n'a cessé d'accroître (Assante, 2004). En 2023, plus de 15 milliards de dépenses sont prévues pour les ESMS du champ du handicap (CNSA)³⁴.

Comme le champ des personnes âgées, le champ du handicap est géré par plusieurs types de gestionnaire dont :

- les groupements ou associations à but non lucratif (majoritairement) ;
- le service public ;
- les groupements ou organisations à but lucratif.

En 2015, 87 % du secteur du handicap était géré par des établissements appartenant au secteur privé non lucratif, 12 % par le secteur public et moins de 1 % par le secteur privé commercial³⁵. (FINESS, janvier 2015).

De 2010 à 2020³⁶, le nombre de places par services et établissements dédiés à l'enfance en situation de handicap n'a fait qu'augmenter à l'exception des « Instituts déficience sensorielle » où l'on constate une diminution :

³²Site consulté le 15 juillet 2023, à l'adresse <http://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>

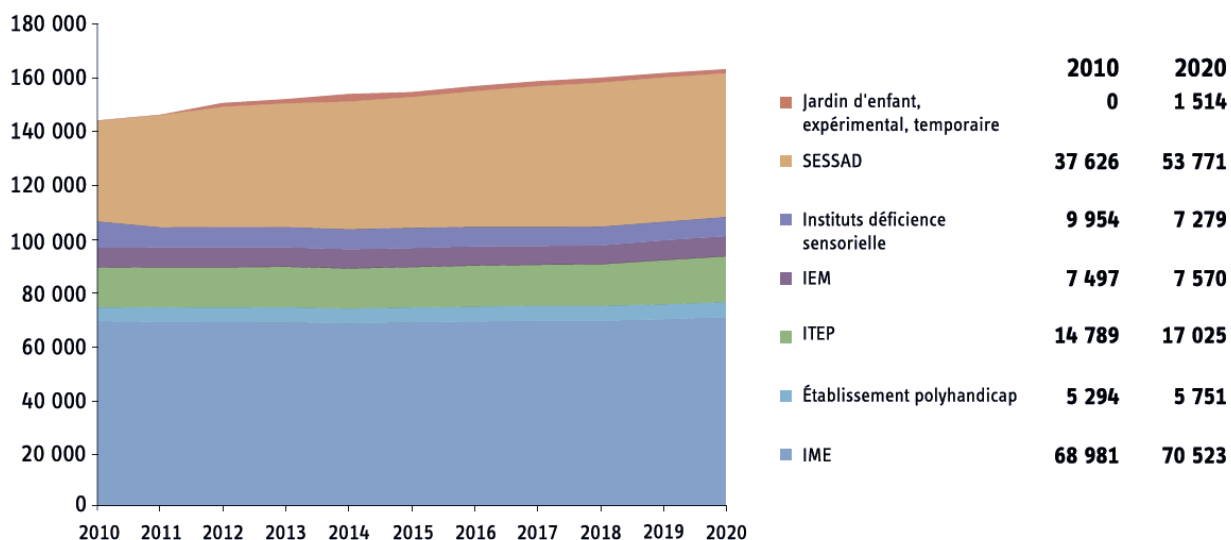
³³Site consulté le 15 juillet 2023, à l'adresse https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2023-fr-02.pdf issus de sources de 2017 à 2019

³⁴ Site consulté le 15 juillet 2023, à l'adresse <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/financement-des-etablissements-et-services-medico-sociaux#-volution-du-budget-des-tablissements-pour-personnes-handicap-es-entre-2014-et-2023>

³⁵Site consulté le 15 août 2023, à l'adresse <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/les-esms-quest-ce-que-cest>

³⁶ Site consulté le 15 août 2023, à l'adresse <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires-organisation-de-loffre/programmation-et-creation-de-places-en-etablissement-ou-service/le-bilan-des-plans#l-offre-pour-personnes-handicap-es>

Évolution du nombre de places pour enfants handicapés



Source 2010-2018 : DREES, Panorama statistique Jeunesse Sports Cohésion sociale.

Source 2019-2020 : Finess, 31/12/2020.

Figure 5 : Évolution du nombre de places dans le champ de l'enfance en situation de handicap.

Source : CNSA (2023)

2. L'INFLUENCE D'UNE DÉMARCHE DE CONTRÔLE ET DE RECHERCHE DE RÉSULTATS : LE NPM, VECTEUR D'UNE NOUVELLE GESTION ASSOCIATIVE ?

2.1. LE DÉVELOPPEMENT DES ASSOCIATIONS DU HANDICAP PAR UNE TENDANCE GESTIONNAIRE

D'après Lefèvre et Mura (2010), plusieurs types d'associations existent au sein de l'action sociale :

Tableau 3 : Les types d'association dans l'action sociale adaptées de Lefèvre et Mura (2010)

Type d'association	Caractéristique	Moyens mobilisés
Association	Indépendance et liberté	Selon le type d'association
Association-gestionnaire	Gestion au cœur de la dynamique associative	Légaliste et hiérarchique
Association-entreprise	Entreprenariat social	Créativité
Association de compétence	Expertises & Compétences sociales et médico-sociales	Ressources Projets
Association militante	Convictions	Mouvement & Démocratie participative

Les associations en charge de la gestion d'établissements médico-sociaux dont les publics accompagnés sont des enfants ou adultes en situation de handicap, sont généralement nommées : association-gestionnaire du handicap.

En s'appuyant sur l'étude de deux associations du handicap entre 1945 et 2012, Cret, Robelet et Jaubert (2013) ont montré la réorganisation qui a eu lieu dans ces deux structures, en particulier par :

- un phénomène de « salarisation » au sein du siège associatif ;
- une visibilité accrue d'une direction générale par rapport à la présidence de l'association.

Les auteurs mettent en exergue que les pouvoirs publics n'étaient pas désintéressés par cette professionnalisation. La restructuration des ressources humaines a construit « progressivement un modèle de « bonne conduite » associative et gestionnaire qui vise à faire grandir l'association, à l'équiper d'un siège et à la découpler ». La « salarisation » associative renforce les moyens et ressources institutionnels (Cret, Robelet et Jaubert, 2013).

Les associations, parfois considérées comme des entreprises de « seconde zone » (Laville, 2009), sont aujourd'hui de par leur taille et leur mode de gouvernance nommées « des associations-gestionnaires » (Robelet et al., 2009). Elles ont ainsi changé « le regard économique qu'elles représentent » (Laville, 2009) en témoigne l'augmentation de leur budget de fonctionnement s'élevant pour certaines à plusieurs millions d'euros.

Les organisations médico-sociales sont parfois assimilées à des « entreprises sociales et solidaires » (Mair, Battilana et Cardenas, 2012). Bien qu'elles se soient inspirées d'une logique entrepreneuriale, elles ressemblent davantage à des organisations hybrides. Elle se différencient des entreprises en raison de leur gouvernance, de leur financement et également de leurs multiples finalités (Codello-Guijarro et Béji-Bécheur, 2015).

Ainsi, bien que certains chercheurs utilisent le terme d'entreprise, la question de l'assimilation de l'association du handicap à une entreprise a pu questionner. Si les associations du handicap se sont inspirées du modèle entrepreneurial, elles ne peuvent s'apparenter complètement aux entreprises du fait de « sa [leur] capacité à préserver son [leur] âme des logiques économiques surplombantes et déshumanisantes » (Jaubert, 2014). Cela peut s'expliquer par la dimension militante, à l'origine de ces associations (Jaubert, 2014). Les associations gestionnaires d'établissements médico-sociales ne semblent donc pas copier nettement le modèle de gestion issu de l'entreprise, mais tente plutôt de l'adapter. Toutefois, l'introduction du management inspiré des entreprises se diffuse de plus en plus au sein des organisations médico-sociales (Beaucourt, 2011).

Nous verrons dans la prochaine sous-partie, l'influence de la doctrine du New Public Management qui a à la fois touché les services publics ainsi que leurs délégations, les associations-gestionnaires. Dans un second temps, nous aborderons les critiques de cette doctrine, la principale étant qu'elle contribuerait à une déshumanisation des associations-gestionnaires (Lavoué, 2009).

2.2. LE NEW PUBLIC MANAGEMENT, UN CATALYSEUR DE L'ÉMERGENCE D'UN NOUVEAU MODÈLE DE GESTION ?

Comment le développement d'un Nouveau Management Associatif a-t-il pu tirer son influence du New Public Management ?

Le New Public Management ou le NPM est généralement considéré comme une doctrine ou une idéologie. En admettant qu'elle ait pu influencer voire s'intégrer dans les organisations publiques, elle fait parfois

l'objet de critiques. Les critiques formulées tendent à s'accroître de façon véhémente lorsqu'elle concerne le champ de la santé. L'un des arguments avancés est que l'activité principale du secteur de la santé repose sur l'humain et l'aide à la personne avec des valeurs qui lui sont propres, elle ne peut donc se soustraire à une logique purement gestionnaire issue des entreprises.

La doctrine du New Public Management a-t-elle eu une influence prépondérante au sein de l'action publique et notamment dans le champ de la santé ?

Ce sous-chapitre vise à comprendre les spécificités de la doctrine du NPM et son influence possible au sein du champ de la santé.

2.2.1. LE MANAGEMENT PUBLIC BASÉ SUR UN MODÈLE WÉBÉRIEN

Dans un premier temps, il convient d'identifier ce qui compose le secteur public.

La sphère publique se compose généralement de quatre grands domaines (Bartoli et Blatrix, 2015b) :

- La fonction publique d'État (FPE) ;
- La fonction publique territoriale (FPT) ;
- La fonction publique hospitalière (FPH) ;
- Les entreprises publiques et autres organismes publics (EP).

Pour Bartoli et Blatrix (2015b), l'organisation publique se reconnaît à ce qu'elle :

- « Présente un caractère de soumission au pouvoir politique ;
- Relève d'un système juridique particulier ;
- Fonctionne selon une rationalité propre dite de « service public » (laquelle s'appuie sur des principes de continuité, d'égalité, et de mutabilité des activités) ;
- Se finance à partir de ressources budgétaires affectées ou prélevées (et non gagnées dans un échange marchand) ».

Il est important de souligner que la finalité des services publics « repose au moins en partie, sur la notion d'intérêt général » (Bartoli et Blatrix, 2015b).

Le management public ou le management des organisations publiques « désigne la gestion des organisations publiques, c'est-à-dire la mise en place des leviers permettant de gérer de manière efficace les organisations publiques et la gestion des politiques publiques (Pesqueux, 2021).

Lorsque l'on s'intéresse aux origines de l'administration publique à partir du XXème siècle, il convient d'évoquer le modèle bureaucratique fondé par Max Weber. Considéré comme « l'un des premiers théoriciens du management public » (Bartoli et Blatrix, 2015a), Weber base son modèle bureaucratique autour de cinq éléments exposés par Bartoli et Blatrix (2015a) :

- « une division du travail fixée et officialisée ;
- une hiérarchie clairement définie ;
- un système de règles stables et explicites ;
- une séparation des droits et moyens personnels et des droits et moyens officiels ;
- une sélection et une carrière du personnel sur le critère des qualifications technique »

Au milieu du XXème siècle et durant la seconde guerre mondiale, le modèle wéberien est de plus en plus remis en question (Bartoli et Blatrix, 2015a).

2.2.2. LA NAISSANCE HISTORIQUE DU NPM : UN « TROPISME ANGLO-AMÉRICAIN »

Le courant du NPM est apparu à la fin du XXème siècle. Les travaux, très souvent cités, de Hood (1991) et d'Osborne et Gaebler (1992) inscrivent l'apparition de la doctrine du « New Public Management » (NPM) au sein de deux pays anglosaxons : l'Angleterre et les Etats-Unis.

Hood (1991) s'est d'abord concentré sur l'administration britannique. Il y distingue sept composantes caractéristiques du NPM. Nous retenons la traduction française proposée par Deville (2021) :

Tableau 4 : Traduction française des 7 composantes du NPM de Hood (1991). Source : Deville (2021)

	Doctrine	Signification	Justification
1	Management par les professionnels du secteur public	Contrôle actif, visible et discrétionnaire des organisations par les personnes nommées au sommet, libres de gérer	L'obligation de rendre des comptes nécessite une affectation claire des responsabilités des décisions et des actions, éviter la dilution du pouvoir
2	Des normes et des mesures de la performance claires et explicites	Définition des buts, objectifs, valeurs cibles, de préférence en termes quantitatifs	L'obligation de rendre compte nécessite un énoncé clair des objectifs, l'efficacité exige un examen attentif des objectifs
3	Contrôle renforcé des extrants – production et distribution de biens et services	L'allocation des ressources et les récompenses sont liées aux mesures de la performance ce qui implique un démantèlement de la gestion centralisée du personnel	Il faut accentuer l'attention sur les résultats plutôt que sur les processus
4	Transformer durablement le secteur public en désagrégeant ses unités	Changement organisationnel, fin de la vision centralisée pour ne gérer plus que des lignes budgétaires décentralisées et négociées individuellement	Création d'unités « manageables » séparées dotées de dispositifs et d'intérêts de productions distincts avec l'identification de gains et de sources d'efficacité spécifiques ainsi que l'utilisation de contrats à l'intérieur et à l'extérieur du secteur public
5	Instauration de la concurrence au sein du secteur public	Favoriser les appels d'offre publics et la contractualisation (contrats à durée déterminée)	La rivalité et la compétition sont valorisées et deviennent un levier majeur de la baisse des coûts et de l'amélioration des normes/références de performance
6	Le style managérial du secteur privé devient celui du secteur public	Abandonner le management issu de la gestion militaire et l'éthique du service public pour se tourner vers une plus grande flexibilité à l'embauche et proposer un nouveau système de récompense	Développer dans le service public l'usage des outils du service privé qui ont fait leur preuve
7	L'attention se porte sur une utilisation disciplinée et parcimonieuse des ressources	Réduire les coûts directs, renforcer la discipline du travail, résister aux revendications syndicales, réduire les coûts liés au processus de mise en conformité	Mettre en place les principes de vérification des demandes de ressources et instaurer le « faire plus avec moins »

Selon Deville (2021), ce modèle composé de sept dimensions et développé par Hood (1991) permet de justifier le « démantèlement de la fonction publique » et de se diriger vers un management public plutôt centré sur « l'économie de ressources et les résultats ».

Puis, Hood (1995) s'intéressa aux pays, membres de l'OCDE³⁷ en affirmant que plusieurs d'entre eux ont adopté les principes du NPM à partir des années 1980. Il explique qu'au-delà de l'Angleterre, le NPM a eu une portée internationale en étant une des tendances les plus marquantes de l'administration publique. Si le NPM est alors considéré comme un nouveau paradigme mondial, Hood considère que son adoption n'en demeure pas moins hétérogène dans son application.

Pour comprendre la distinction entre les administrations publiques traditionnellement bureaucratiques (Weber) et celles qui s'inspirent de l'idéologie du NPM, la traduction française de Van Haepere (2012) du tableau de Verhoest (2003, tableau 2, p. 6) permet de la mettre en lumière :

Tableau 5 : Traduction française des caractéristiques des systèmes de contrôle et de redevabilité traditionnel et de type NPM de Verhoest (2003). Source : Van Haepere (2012)

Caractéristiques du système	Secteur public traditionnel (bureaucratie wébérienne)	Secteur public de type NPM
Mécanismes de coordination	Mécanisme bureaucratique	Mécanisme de marché
Focus principal du contrôle	Inputs et procédures	Résultats
Moments principaux du contrôle	<i>Ex ante</i>	<i>Ex post</i>
Principaux critères	Légalité, équité, intégrité, économie, conformité des procédures	Efficience, effectivité, coût, efficacité, qualité
Acteurs principaux du gouvernement central	Ministres horizontaux avec leurs agents de contrôle respectifs	Ministres de tutelle avec leurs agents de contrôle respectifs

C'est dans cet esprit que la marchandisation du secteur public s'est associée à l'idéologie du NPM. Le courant du NPM introduit de nouveaux outils de pilotage des activités centrés sur la recherche d'efficacité de performance (Van Haepere, 2012).

Aux Etats-Unis, Osborne et Gaebler (1992) critiquent le fonctionnement des services publics américains basés sur le modèle bureaucratique (Weber) des années 1930. A titre d'exemple, ils citent le gaspillage des

³⁷ L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)

fonds publics, des services publics peu réactifs, le monopole. Face à cette situation, Osborne et Gaebler (1992) proposent alors de renouveler le fonctionnement des organisations publiques notamment à travers dix principes (répondre aux besoins du client et non de la bureaucratie, décentraliser l'autorité...). Un Nouveau Management Public représenterait alors une nouvelle réponse aux dysfonctionnements des services publics.

2.2.3. LE NPM : LES MULTIPLES FACETTES D'UNE DOCTRINE

Aujourd'hui, comment pourrait-on définir le NPM ?

D'abord, le NPM se caractérise par plusieurs dimensions que nous tentons d'exposer au sein du tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Les quatre dimensions du New Public Management adaptées de Hood (1991) ; Ferlie et al. (1996) ; Hufty (dir.) (1998) ; Bezes (2005) ; Pupion (2016) et Cliquennois, Bellebna et Léonard (2015) et Wickber (2020)

Dimension	Caractéristique	Auteur
Politique	Inspiration de théoriques économiques et gestionnaires qui ont eu des effets sur les réformes étatiques	Bezes (2005) ; Wickber (2020) s'appuyant sur les travaux de Hood (1991)
Entrepreneuriale	Esprit entrepreneurial	Pupion (2016)
Performative	Concentration sur les résultats et performances	Cliquennois, Bellebna et Léonard (2015)
Idéologique	-L'efficience -L'excellence -La flexibilité	Pesqueux (2021) s'appuyant sur les travaux de Ferlie et al. (1996) & Hufty (dir.) (1998)

- La dimension politique

Bezes (2005) considère que le NPM réunit un « ensemble hétérogène d'idées et de recettes inspirées de théories économiques et gestionnaires ». L'auteur complètera en affirmant que cette doctrine « représente une influence intellectuelle importante des politiques actuelles de réforme de l'état » (Bezes, 2005). Il s'agit de doctrines administratives qui ont inspiré les réformes bureaucratiques.

Wickberg (2020) définit le NPM en citant les travaux de Hood (1991) comme « un terme vague désignant une catégorie d'idées et de doctrines administratives qui a inspiré les réformes bureaucratiques de nombreux pays de l'OCDE depuis les années 1970 ». Ainsi, dans le cas de cette définition, le NPM a eu un effet transformatif sur les lois et réglementations.

- La dimension entrepreneuriale

Le NPM encourage le développement de « l'esprit entrepreneurial dans le secteur public » (Pupion, 2016).

- La dimension performative

Selon Cliquennois, Bellebna et Léonard (2015), le NPM se définit comme « la transformation des priorités de l'administration publique et leur focalisation sur les résultats et les performances ». Il s'est traduit par une recherche accrue de résultats et de performances au sein des organisations publiques. C'est pourquoi ce nouveau courant managérial impliquerait une « augmentation du contrôle du travail et de la productivité qu'il sous-tend » (Defaux et Levene, 2016).

- La dimension idéologique

Le NPM fait transparaître une idéologie basée sur l'efficacité des organisations publiques, la recherche d'excellence quant au service rendu aux usagers, ainsi que la flexibilité des services publics (Pesqueux, 2021 s'appuyant sur les travaux de Ferlie et al. (1996) et Hufty (dir.) (1998)).

2.2.4. LE NPM S'APPLIQUE-T-IL AU SEIN DU SECTEUR PUBLIC FRANÇAIS ?

En France, le NPM semble se manifester au sein de deux réformes de l'administration publique :

- La LOLF (2001) : Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances³⁸ ;

³⁸ Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances. Site consulté le 11 avril 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000394028>

Elle apparaît comme le premier « outil d'organisation financière de l'État » (Montet, 2009).

- La RGPP (2007-2012) : la Révision Générale des Politiques Publiques³⁹.

Elle ne serait pas exactement une réforme de l'administration mais, comme l'indique François Lafarge, celle-ci est « plus une procédure de réforme qu'une réforme stricto sensu » (Lafarge et Le Clainche, 2010). Elle suggère une recentralisation des pouvoirs publics plutôt qu'une décentralisation (Bezes, 2005, Chauvière, 2011).

Ces deux réformes illustrent *a priori* un changement idéologique qui s'apparente au NPM.

Pour Chauvière (2013), l'étendue du NPM est plus large que les réformes de l'administration publique. L'évaluation a été l'un des fers de lance du NPM et de la modernisation de l'action publique et parapublique en visant à apporter aux « citoyens devenus des usagers » un service public de qualité et transparent. L'objectif visé est de tendre vers un service public idéal (Chauvière, 2013).

Exposée par Barzelay (2001) puis repris par Bartoli et Chomienne (2021), l'une des critiques associées au NPM est : « son tropisme très anglo-américain et peu adapté à d'autres contextes, notamment européens ». C'est d'ailleurs pour cette raison que certains évoquent la possibilité de l'existence de plusieurs NPM plutôt qu'un seul (Musselin et Bezes, 2015). Il apparaît que le NPM s'est décliné de façon singulière et particulière par pays et par secteur (comme le champ de la santé) (Demailly, 2013).

Parmi les répercussions, le NPM aurait eu des répercussions à l'échelle de l'individu. L'impact se serait produit sur l'identité professionnelle (Angiulli, 2020) telle qu'elle est définie par Cadin et Pralong (2015) comme « une constellation relativement stable et durable d'attributs, de croyances, de valeurs, de motifs et d'expériences utilisés par les individus pour se définir eux-même ».

2.2.5. DES LIMITES DU NPM VERS UNE ÈRE POST-NPM ?

En prolongement de ce que nous avons exposé précédemment, les effets du NPM sont de plus en plus débattus.

C'est ce que soulignent notamment Drevet, Lande & Portal (2012) : « l'enthousiasme de certains sur la nécessité d'implanter un pilotage de la performance au cœur du management public et confronté aux

³⁹ Prononcé le 10 juillet 2007—Déclaration de M. François Fillon, Premier ministre, sur le lancement de la révision générale des politiques publiques | [vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr). (2007, juillet 10). Site consulté le 7 juillet 2023, à l'adresse <http://www.vie-publique.fr/discours/167167-declaration-de-m-francois-fillon-premier-ministre-sur-le-lancement-de>

critiques dénonçant les effets pervers de l'obsession du chiffre véhiculés par l'utilisation des outils de contrôle de gestion (Talbot 2005 ; Bouckaert et Halligan, 2008) ».

Si l'introduction de nouvelles pratiques, connaissances ou outils impulsés par le NPM ont pu voir le jour et ont peut-être eu des changements positifs, il n'en demeure pas moins que les effets restent discutables. Parmi les critiques autour du NPM, certaines sont formulées dans différents contextes, comme le montre l'exemple francophone de la Wallonie située en Belgique.

Parmi les critiques exposées par Van Haeperen (2012) en s'appuyant sur des travaux de 2003 à 2011⁴⁰ qui ne sont liés qu'au contexte belge, il y a :

- L'effacement d'une démarche d'éthique publique ;
- Une difficile opérabilité des nouvelles pratiques due aux résistances internes et à l'insuffisance de moyens pour y répondre ;
- La production de l'effet inverse attendu : le retour à la bureaucratisation.

Les pays anglophones tels que le Royaume-Uni ou la Nouvelle-Zélande apparaissent comme les pays les plus favorables aux préceptes du NPM (Van Haeperen, 2012). Or, certaines difficultés de coordination des politiques publiques pour ces pays semblent également avoir émergé (Van Haeperen, 2012).

Si le courant du NPM s'est d'abord posé comme une solution aux dysfonctionnements des services publics wébériens, il se retrouve aujourd'hui comme le vecteur responsable des défaillances du service public.

Si aujourd'hui le NPM est tant critiqué ou contesté, c'est aussi parce que ce qu'il englobe, ce qu'il suggère d'appliquer et la façon dont il est opéré, peut varier d'un pays à l'autre, d'une administration à l'autre, d'autant plus lorsque la réalité apparaît plus que complexe qu'un programme de réformes visant à moderniser le secteur public (Klenk et Reiter, 2019). Après de nombreuses interrogations (Pesqueux, 2021), il est alors apparu nécessaire pour certains de faire émerger une nouvelle ère pour l'action publique : le « post-NPM ». Ce dernier intervient à la suite du management public wébérien et du NPM (Bounazef et al., 2020).

Le post-NPM peut se caractériser de plusieurs manières :

- Il « englobe les réformes qui visent à améliorer la coordination verticale entre le gouvernement et les autres acteurs, et horizontale en termes de coordination inter-agences. C'est pourquoi les

⁴⁰Spanou, 2003 ; Amar et Berthier, 2007 ; Dunleavy et al., 2006 ; Verhoest, Bouckaert et Peters, 2007 ; Benamouzig et Besançon, 2007 ; Van de Walle et Hammerschmid, 2011 ; Piraux, 2011.

réformes de type post-NMP⁴¹ tiennent compte d'un style de gestion holistique, de compétences qui dépassent les frontières et d'objectifs communs » (Klenk et Reiter, 2019). Cela reprend une partie des actions entreprises par l'influence du courant NPM à travers l'introduction de nouvelles administratives pour moderniser l'action publique ;

- Il serait fondé « sur la promotion d'une logique de réseau collaboratif » (Demeyère, 2023). Nous pouvons illustrer cela en prenant l'exemple des associations. Dans la perspective du post-NPM, il ne s'agit pas de les placer comme des délégations de service public ou des rivaux de l'État mais comme plutôt comme des collaborateurs (Demeyère, 2023). Par conséquent, le réseau collaboratif se caractérise ici par une collaboration ou des modalités collaboratives entre les acteurs publics et associatifs (Demeyère, 2023). Ce mode de fonctionnement par le réseau et le partage des responsabilités passe par un effort de transparence (Bounazef et al., 2020).
- Il constitue une « réponse directe aux problèmes auxquels le NMP⁴² a dû faire face pour fournir des services coordonnés et gérer les défis mondiaux des « questions pernicieuses » » (Christensen et Fan, 2018). Ainsi, le post-NPM n'efface pas l'héritage du courant NPM mais agit plutôt en tant que successeur (Christensen et Fan, 2018).
- Il « trouve ses fondements dans la théorie des organisations et dans la théorie de l'agence (Dent, 2005) ».
- Son « but est de favoriser une liberté d'action aux acteurs internes et d'appliquer des pratiques optimisant leur bien-être au travail. Il renvoie vers six grandes transformations appliquées à l'échelle organisationnelle : autonomie stratégique générée par la décentralisation décisionnelle ; adaptabilité des orientations et des activités ; égalité des chances et nouvel organigramme hybride ; implication des acteurs internes ; transparence et responsabilisation partagée ; et pour finir l'obligation de rendre compte (Pupion, 2016) » (Bounazef et al., 2020).
- Il intègre également l'ère numérique (e-gouvernement ou e-administration, dossier médical partagé, e-éducation ou pass sanitaire lors de la période de crise sanitaire...) et particulièrement le management digital (Bounazef et al., 2020 et Pesqueux, 2021).

Si, aujourd'hui, certains évoquent une nouvelle ère pour l'administration publique, cela ne signe pas pour autant la fin du NPM, comme tente de l'expliquer Matyjasik et Guenoun (dir) (2019, p.6, 14 et 16). Le Post-

⁴¹ Nouveau Management Public

NPM peut davantage s'identifier comme un nouveau mouvement hérité du NPM plutôt qu'un mouvement à part entière.

2.3. LE NPM S'APPLIQUE T-IL AU CHAMP DE LA SANTÉ ? PLUS QUE CONTESTÉE, S'AGIT-IL D'UNE IDÉOLOGIE INADAPTÉE ?

2.3.1. L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL

La doctrine du NPM n'est pas limitée aux services publics administratifs, elle peut également concerner le champ de la santé. Cela peut être le cas pour les établissements de santé publics : les hôpitaux. Plusieurs considèrent que les nouveaux modes de management de l'hôpital se sont inspirés du NPM (Georgescu et Ologeanu, 2019). En effet, l'influence de cette doctrine s'aperçoit notamment au niveau de la gestion financière. A titre d'exemple, on peut mentionner l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) qui vise à une performance financière (Georgescu et Ologeanu, 2019). Cela a eu pour effet négatif de mettre l'accent sur une pression financière interne et conduire les professionnels à percevoir une perte de sens ou une diminution de leur autonomie (Georgescu et Ologeanu, 2019).

2.3.2. UNE REMISE EN CAUSE DE L'ETAT-PROVIDENCE

Au niveau politique, lorsque, pour certains, l'introduction du courant du NPM remet en cause la croyance en un État-providence, pour d'autres elle y met fin (Montet, 2009). Selon Poinot (2023), dès les années 1980, trois causes peuvent expliquer l'abandon d'un État-social ou État-providence. Il s'agit de trois crises qui semblent être corrélées entre elles - une crise économique, une crise sociale ainsi qu'une crise de légitimité : « la crise économique due au deuxième choc pétrolier » ; « une crise de son efficacité manifestée par l'augmentation du chômage et la faiblesse de la mobilité sociale » ; « une crise de légitimité des mécanismes de solidarité nationale qu'il était censé garantir » (Poinot, 2023).

Une étude menée par Toffel et Tawfik (2019) montre que l'influence de la doctrine du NPM au sein des réformes académiques suisses a conduit à introduire des logiques gestionnaires au sein des formations destinées aux infirmier(e)s. Plus précisément, ces formations seraient passées d'une logique de « patient » à une logique de « qualité ».

2.3.3. LA PLACE SINGULIÈRE DE L'USAGER-CONSOMMATEUR

La doctrine du NPM suggère que l'utilisateur du service public ou de ses délégations devrait être un acteur prioritaire du champ d'action (Demailly, 2013). Pourtant, la place qu'on lui attribue au niveau étatique peut laisser entendre qu'elle fait diminuer l'autonomie des acteurs professionnels (Demailly, 2013).

Les usagers du champ de la santé mentale peuvent être perçus de façon symboliquement différente que ceux des autres champs publics (l'éducation, le milieu carcéral...) (Demailly, 2013). La posture des professionnels au service de ces usagers apparaît plus empathique que défensive (Demailly, 2013). Elle tend aussi à reconnaître le savoir expérientiel des patients, comme l'exemple des médiateurs de santé pairs (Demailly, 2013).

L'utilisateur en santé mentale revêt aussi une double identité :

- La première sous la forme d'une communauté lorsqu'il se considère comme patient ou aidant.
- La seconde est portée par des revendications où il agit en tant que « membre » d'une minorité comme par exemple, en luttant contre les formes de stigmatisation associée aux maladies psychiques (Demailly et Garnoussi, 2015).

Le NPM appliqué au champ de la santé suppose pour Montet (2009) que « l'introduction du marché dans des secteurs autrefois considérés comme biens publics est un bénéfice pour l'utilisateur-consommateur ».

2.3.4. LA « CHALANDISATION »

Chauvière (2008) apporte un point de vue critique sur le service public français. Selon lui, le service public apparaît de moins en moins « relationnel et solidaire » et de plus en plus transactionnel : « Du service dû ou rendu au service vendu » ; « Du service public ou assimilé aux services marchands ou de type marchand ». C'est ce qu'il va nommer la « chalandisation » et dont l'une des conséquences est le NPM.

Il souligne que la « chalandisation » a également eu des effets sur les associations qui deviennent quasiment des entreprises par la diffusion de normes de gestion mais « sans la régulation par les prix et sans l'aiguillon du profit ». Pour Chauvière (2008), cela a contribué à une présence de plus en plus importante des profils gestionnaires « dont la rationalité abstraite envahit tout le champ social et l'assèche ». Les professionnels ne sont plus des « acteurs du lien social » mais sont devenus des « ressources humaines pour la production, rebaptisée projet ».

Selon Chauvière (2008), avant la réforme du secteur en 2002 (loi 2002-2), les professionnels du secteur social et médico-social se préoccupaient de l'amélioration de l'accompagnement des usagers. L'auteur souligne que les professionnels avaient le souci de proposer un accompagnement de qualité et que les réformes et lois ont surtout contribué à une montée en charge du « formalisme » ou de la formalisation et de l'évaluation des pratiques. Il affirme également que cette pratique, issue du NPM, de formaliser et d'évaluer, finira par montrer ses limites.

2.4. L'ÉMERGENCE D'UN NOUVEAU MANAGEMENT ASSOCIATIF PAR UN EFFET RICOCHET DU NPM ?

La doctrine du New Public Management (NPM) implique de « dupliquer les méthodes et outils de gestion ayant fait leurs preuves dans les organisations privées au sein des organisations publiques ou de délégation de service public » (Lux, 2015). La prise en compte du NPM n'est donc pas réservée uniquement aux services ou établissements publics mais tend à intégrer dans un large champ les organisations-délégées par le service public.

Les associations-gestionnaires du handicap, qui font partie du secteur médico-social, sont « aujourd'hui confrontées à une nécessité croissante de justifier leur apport au management public » (Levy et Rival, 2010). Deux principales raisons peuvent l'expliquer :

- ⇒ Leurs financements sont majoritaires publics (Levy et Rival, 2010 ; Capelier, 2015).
- ⇒ Leurs activités s'inscrivent essentiellement dans le cadre de missions d'intérêt général (Levy et Rival, 2010 ; Loubat, 2012a).

Concernant le financement, il est essentiellement issu de fonds public dans le champ du handicap, mais les associations ont aussi la possibilité de rechercher des fonds privés propres (dons...) (Renard, 2018).

Concernant leur activité, l'article L311-1 du Code de l'action sociale et des familles stipule que l'ensemble de l'action sociale et médico-sociale s'inscrit dans le cadre de missions d'intérêt général (qui sont au nombre de six).

Si l'on considère les organisations médico-sociales comme des délégations de service public, alors elles peuvent également être influencées par le NPM. Au même titre que les services publics, les associations gestionnaires du handicap peuvent alors vouloir appliquer des méthodes managériales issues des entreprises (Joffre, 2014). Dans cette perspective de s'inspirer du NPM, le secteur médico-social tend lui aussi à répondre à une logique de « résultats » (Cliquennois, Bellebna et Léonard, 2015).

Le champ du handicap, qui se décomposait en de multiples petites structures autonomes et souvent indépendantes, se caractérise aujourd'hui par un nombre croissant d'établissements gérés par une même association (Lefèvre et Mura, 2010). Ces associations développent et renforcent une logique de gestion (Andrien, 2014) et sont notamment confrontées à un nouveau type de gestion par le NPM.

La transformation des associations s'accompagne concomitamment d'une intervention des pouvoirs publics (Molina, 2014). Si l'Etat tente d'influencer la gestion des organisations médico-sociales, il reste relativement loin ou neutre (au moins de façon explicite) vis-à-vis des idéologies portées par les associations-gestionnaires (Molina, 2014).

La conjugaison de la liberté associative et du contrôle public (Lafore, 2008) vient définir le contexte singulier des associations-gestionnaires du secteur médico-social dans le champ du handicap.

C'est ce que reprennent plus précisément Levy et Rival (2010) lorsqu'ils considèrent que ces associations «se trouvent à la croisée des modèles de gestion : financées essentiellement par des fonds publics elles exercent également dans des domaines liés à l'intérêt général et sont donc à ce titre sous tutelle publique. Pourtant, leur gouvernance est souvent mixte (publique, privée) ».

Les associations-gestionnaires du handicap ont bâti un modèle de gestion hybride composé d'une base idéologique (valeurs, histoire...) et d'une réponse aux attentes de tiers (législateur, financeurs publics...) : la fin annoncée des bénévoles, la spécialisation des intervenants, et la diplomation nécessaire à la reconnaissance des compétences. Le nouveau modèle de recrutement, n'étant plus basée sur le bénévolat, privilégie le diplôme académique ou l'expérience professionnelle. Les bénévoles « autonomes » (absence de rémunération et horaires libres) ont été remplacés par des salariés « encadrés » (fiche de poste, subordination). La salarisation du secteur indiquerait dès lors une recherche de maîtrise du gestionnaire.

La transformation du secteur questionne alors le fait que ces « réorganisations ou orientations institutionnelles ne sont pas toujours comprises ou acceptées par les professionnels » (Molina, 2014).

La recherche d'une démarche qualité et par extension de performance s'inscrit dans un contexte de normalisation des pratiques managériales (réglementation et recommandations de la HAS⁴³) et la création d'un quasi-marché (Hardy, 2014) par la multiplication des appels à projet qui peut mettre en concurrence les associations-gestionnaires d'une même région ou au niveau nationale. Les nouvelles méthodes importées des entreprises ont favorisé notamment l'émergence d'indicateurs de pilotage, de tableaux de

⁴³ Haute Autorité de Santé (qui remplace depuis 2018, l'ANESM : l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux)

bord et plus largement d'outils de gestion. Le travail mis en œuvre passe par l'arrivée de l'agrégation d'indicateurs de performance.

En effet, l'adaptation du NPM par ce nouvel environnement outillé répond à trois principaux enjeux : la mesure de l'activité, la standardisation des pratiques et le contrôle du travail.

- 1- Le NPM oblige les organisations à tendre vers un travail rendu performant par la production de données chiffrées, autrement dit, tout mesurer (Van Haeperen, 2012)
- 2- La « standardisation des procédés (ou des méthodes) et des qualifications (à travers les formations) » (Bartoli et Gozlan, 2014)
- 3- Un contrôle plus visible (Rolland et Sicot, 2012)

2.5. LES OUTILS DE GESTION, UN REFLET FORMEL DU NPM ?

Depuis plusieurs années, les organisations, qu'elles soient privées, publiques ou associatives, peuvent mobiliser des outils de gestion. Cette sous-partie vise alors à comprendre le rôle des outils de gestion au sein des organisations. La littérature foisonne d'articles et d'ouvrages autour des outils de gestion, il convient alors de présenter différents angles des outils de gestion mobilisables dans le cadre de cette recherche.

2.5.1. APPROCHE CONCEPTUELLE

Avant toute chose, il nous faut distinguer les objets de gestion des outils de gestion. La littérature évoque peu cette distinction pourtant existante, quoique difficile à cerner.

Les objets de gestion représentent l'ensemble des « signes, techniques ou savoir-faire locaux et élémentaires dont le but est d'orienter ou de faciliter une action collective et micro-sociale » (De Vaujany, 2005). Pour nous permettre de les identifier, De Vaujany (2005) en donne une idée plus précise :

« Les termes techniques, mais aussi les schémas, croquis, représentations graphiques, les lignes de codes, les interfaces d'outils informatiques, les concepts ou slogans “à la mode” ou bien encore les indicateurs, sont autant d'objets de gestion, dès lors qu'ils sont envisagés comme des supports isolés dans l'action organisationnelle ».

L'outil de gestion peut alors regrouper plusieurs objets de gestion et refléter une part de l'organisation (De

Vaujany, 2005) :

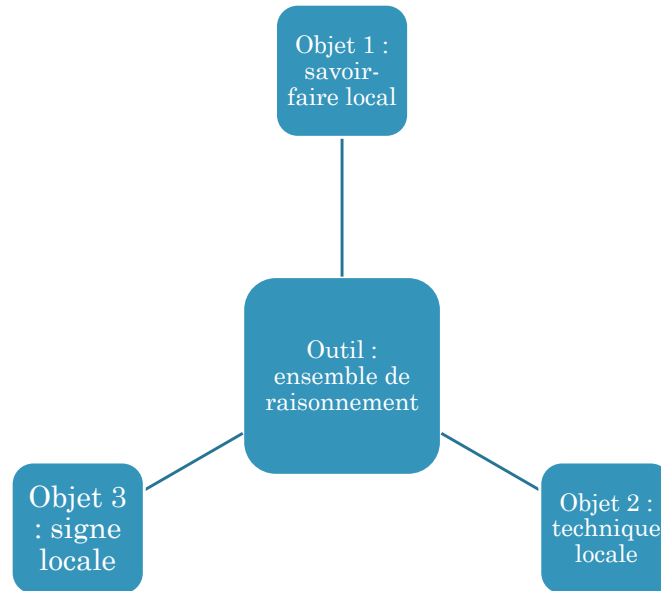


Figure 6 : Outil de gestion et objets de gestion adaptés de De Vaujany (2005)

Premièrement, la spécificité réside en un substrat technique (Hatchuel et Weil, 1992), c'est-à-dire qu'il a avant tout un objectif pratique.

Selon Moisdon (1997), l'outil de gestion formalise un ensemble de raisonnements dans l'optique de mettre en œuvre des pratiques de gestion. Cette définition sera complétée par De Vaujany (2005) où il expose l'idée que l'outil de gestion va s'implanter dans un système pour lequel il devra se conformer à des codes qui sont propres à la structure où il s'intégrera. L'outil prend en compte le contexte environnemental de l'organisation. Un outil de gestion est un outil formalisé (Moisdon, 1997 et David, 1996). Il est à la fois contextualisé et instrumental (Moisdon, 1997 ; De Vaujany, 2005).

Deuxièmement, nous nous posons la question du rôle de l'outil : à quoi sert-il ?

L'outil a une visée gestionnaire et illustre un regard simplifié des multiples acteurs (Hatchuel et Weil, 1992 ; De Vaujany, 2005). Sa fonction est d'aider à rationaliser (Ghaffari et al., 2013), c'est-à-dire à rendre un processus plus efficace.

Veran, Pascal et Khalfaoui (2018) indiquent que l'outil de gestion comprend une logique de rationalité, c'est-à-dire un raisonnement logique qui tend à objectiver les subjectivités des individus. Ils justifient leur

affirmation par l'extrait de deux définitions de l'outil de gestion :

- « Toute formalisation de l'activité organisée » (Moison, 1997)
- « Dispositif formalisé permettant l'action organisée » (David, 1996)

Les outils de gestion peuvent être aussi bien concrets (indicateurs, grilles) qu'immatériels (formation).

Ghaffari et al. (2013) donnent quelques exemples contemporains d'outil de gestion : « les démarches qualité, le benchmarking, les business plans, les normes environnementales, les grilles de rémunération, le coaching, la gestion prévisionnelle des compétences ou encore le suivi mensuel personnalisé des demandeurs d'emploi ».

Troisièmement, l'outil vise à organiser le travail en attribuant un rôle à chacun. De Vaujany (2005) identifie au moins quatre types de rôles sous-jacents autour de l'outil de gestion : Concepteurs, Utilisateurs, Conseils (que nous avons compris comme Conseillers) et Contrôleurs.

- Les concepteurs renvoient aux individus qui réfléchissent l'élaboration de l'outil. Nous pourrions les identifier comme des « inventeurs » ;
- Les utilisateurs font référence aux principaux destinataires de l'outil de gestion, ceux ou celles qui l'utilisent ou qui sont incités à l'utiliser ;
- Les conseillers sont plutôt ceux ou celles qui orientent l'utilisation (bonnes pratiques, intérêts...) ;
- Les contrôleurs sont ceux ou celles qui s'assurent de l'utilisation.

Quatrièmement, il est important de comprendre, au-delà de la diffusion de l'outil, son intégration par les acteurs. L'appropriation de l'outil par l'acteur correspond à un niveau avancé de maîtrise de l'outil. Pour cela, l'instrument ne serait pas figé dans le temps, il peut subir de multiples modifications avant d'être complètement intégré par les acteurs (De Vaujany, 2005), voire l'unique acteur garant de la bonne diffusion de l'outil : l'utilisateur, puisque l'outil n'aurait d'utilité « *que par l'usage qui en est fait* » (De Vaujany, 2005).

L'outil de gestion peut aussi être ambivalent dans son usage : ne sert-il qu'à connaître des informations ou bien à sanctionner des personnes ? C'est la question posée par Martineau (2023, p.112) en prenant l'exemple d'un formulaire de signalement d'incident au sein d'un hôpital. Cette double finalité *a priori* contradictoire que peut avoir un outil de gestion illustre en partie les tensions et paradoxes parfois présentes au sein des organisations (Martineau, 2023, p.115).

Si les outils de gestion, par leur caractéristique rationnelle, tentent d'apporter des résultats concrets aux organisations, leur appropriation reste sujette à la perspective qui sera retenue. De Vaujany (2005) identifie trois perspectives liées à l'outil de gestion :

Tableau 7 : Trois regards sur l'appropriation de l'outil de gestion. Source : De Vaujany (2005)

	Nature des objets et outils de gestion	Nature du processus d'appropriation	Point de vue liée à la perspective	Fondements théoriques
Perspective rationnelle	Un vecteur de rationalisation, un outil de travail	Un processus normalisé, l'appropriation est « instantanée »	L'enseignant en gestion et la régulation de contrôle	Théorie micro-économique classique Théories fayoliennes et tayloriennes
Perspective socio-politique	Un outil de valorisation « une médaille ») de rhétorique un « argument ») ou d'influence un « atout »	Un acte social, l'appropriation est un processus collectif qui s'inscrit dans la durée	La régulation autonome et la régulation conjointe	Sociologie des organisations Crozier et Friedberg, 1977 ; Sainsaulieu, 1997) Sociologie générale Bourdieu, 1972 ; Giddens, 1984 ; Archer (1995)
Perspective psychocognitive	Un support d'apprentissage, un objet affectif ou un objet de traitement de l'information	Un processus psychocognitive, l'appropriation est un processus individuel ou collectif qui s'inscrit dans la durée	La régulation autonome et la régulation conjointe	Théorie de la rationalité limitée Simon 1975) Psychologie cognitive de Piaget 1967) Perspective psychanalytique Pagès et al., 1992

Ce tableau apporte un éclairage sur l'appropriation d'un outil de gestion. Cette dernière passe *a priori* par un processus et repose sur des régulations individuelles ou/et collectives. L'outil de gestion peut alors être mobilisé pour :

- Servir l'organisation du travail (perspective rationnelle) ;
- Mettre en avant le travail réalisé (perspective socio-politique) ;
- Tenir compte des spécificités ou besoins du travailleur (perspective psycho-cognitive).

2.5.2. L'ÉMERGENCE DE L'INSTRUMENTATION DANS LE MÉDICO-SOCIAL

Les outils de gestion n'existent pas qu'au sein des entreprises. Ils se diffusent dans les organisations non lucratives (Ghaffari et al., 2013):

Selon Prades (2012), le caractère réflexif des sciences humaines disparaît peu à peu des formations en travail social pour être remplacé par des méthodes et outils à appliquer, ce qui contribue à une déshumanisation du métier de travailler social.

Les outils de gestion semblent faire leur apparition dans le secteur médico-social par :

- ✓ Une logique gestionnaire développée dans les associations-gestionnaires ;
- ✓ L'application de la loi 2002-2 à travers le management par projet et par la démarche qualité.

Basée sur la théorie du NPM, la diffusion des outils de gestion au sein des organisations médico-sociales tendent à répondre à une logique de « résultat » dans un objectif de performance et de maîtrise de l'activité (Andrien, 2014 ; Lux, 2015).

Pour commencer, Lux (2015) met en avant trois phases dans le cycle de vie d'un outil de gestion : la phase de conception, la phase d'adoption ainsi que la phase d'appropriation. C'est pourquoi il juge nécessaire d'étudier les mécanismes d'usage des outils de gestion. En s'appuyant sur l'étude de Grimand (2006), l'auteur met en évidence que la phase d'appropriation apparaît négligée dès lors qu'un nombre important de projets de gestion « sont restés lettre morte ». D'après lui, la non-utilisation des outils s'expliquerait par la « non-prise en compte des acteurs et de leurs interactions au sein des organisations ». De plus, comme l'indique Baret, Minvielle et Nobre (2010), « toute politique ou instrument de gestion ne peut produire les effets escomptés que s'ils sont acceptés, appropriés et utilisés par les acteurs ».

Ces auteurs soulèvent un point central : l'acceptation, l'appropriation et l'utilisation de l'outil. En effet, les outils de gestion peuvent être mis à disposition sans qu'on s'en empare.

Ainsi, hormis l'aspect technique, existerait-il un sens à ces outils ?

3. L'ASSOCIATION MÉDICO-SOCIALE, UN ENVIRONNEMENT SYMBOLIQUEMENT CONVIVIAL ?

Dans ce paragraphe, nous souhaitons aborder le besoin de convivialité prégnant dans le champ associatif. L'esprit de convivialité développé par Illich (1973) vient s'opposer à l'industrialisation. Il se positionne à contre-courant du New Public Management, et entend donner une réponse corroborant les critiques classiques du NPM.

Si la littérature sur les outils de gestion foisonne dans la recherche en management, la convivialité demeure peu traitée dans le cadre des sciences de gestion.

3.1. L'ORIGINE DE LA CONVIVIALITÉ PAR LA GASTRONOMIE

La convivialité tire son origine par l'ouvrage de Brillat-Savarin en 1825⁴⁴ où il évoque la convivialité dans un contexte culinaire.

Le gastronome Brillat-Savarin (1848) a introduit la convivialité par le plaisir de se retrouver autour d'un festin ou d'un repas. Ce qu'il appelle « l'esprit général de convivialité » lui apparaît comme accessible au sein de la société et ce, quelles que soient les classes sociales (p.278). Il perçoit la convivialité comme ce qui permet à la fois de donner à autrui lorsque l'hôte accueille ses amis (p.282) et de maintenir un dialogue (p.282).

Dès son origine, il existe un lien entre la convivialité et le bien-être alimentaire (Bonescu et al., 2023). On peut distinguer la commensalité de la convivialité : « Si la commensalité caractérise mécaniquement le repas partagé, la convivialité se construit sur cette base commensale en cultivant l'intensité relationnelle, le plaisir hédoniste⁴⁵ et l'engagement actif de chaque convive » (Bonescu et al., 2023).

⁴⁴ Son origine est notamment rappelée lors de la préface d'Hervé Kampf de l'ouvrage d'Illich (2021, p.4), et l'article de Latouche (2007). Nous nous référons dans la bibliographie à une édition datant de 1848.

⁴⁵ L'hédonisme fait référence au « principe de plaisir pensé, agi et entretenu, englobant le désir de jouissance, les actes qui s'ensuivent, et toutes les représentations qui s'y lient » (Martin, 2009)

A travers le tableau ci-dessus (Bonescu et al., 2023), nous pouvons comprendre de façon plus précise les distinctions considérées :

Tableau 8 : Essai de comparaison des définitions de la commensalité et de la convivialité.

Source : Bonescu et al. (2023)

Commensalité	Convivialité
Partage formel de la nourriture	Plaisir partagé, sociabilité chaleureuse
Normes et valeurs sociales	Conversation, efforts pour plaire, rituels
Qualité nutritionnelle	Qualité culinaire
Echange optionnel	Echange amical et décontracté, conversation
Relations fonctionnelles, neutres	Relations émotionnelles ouvertes
Plus « passive » : inertie, intérêt	Plus « active » : engagement, affect
Fonction normative et homéostatique	Fonctions hédoniste et socialisante

Il est identifié plusieurs dimensions de la convivialité :

Tableau 9 : L'espace figuratif de la convivialité. Source : Bonescu et al., 2023

Représentation catégorielle	Figuration multimodale
1) Dimension spatio-temporelle	Espace, temps
2) Dimension technique et matérielle	Outils, objets
3) Dimension pragmatique et praxique	Activités
4) Dimension relationnelle interpersonnelle	Relations, personnes
5) Dimension psychologique et affective	Sens, ressentis, émotions

A l'issue de leur étude qualitative, les auteurs (Bonescu et al., 2023) aboutissent à deux principaux résultats qui ont retenu notre attention :

(1) Une grille d'analyse appliquée au domaine alimentaire permet de comprendre l'importance du contexte, s'il est considéré favorable ou défavorable à la convivialité. Grâce à cette prise en compte, les perceptions des individus diffèrent d'un contexte à l'autre. On peut d'ailleurs remarquer que les liens sociaux apparaissent renforcés lors d'un contexte favorable.

(2) Une co-construction expérientielle émerge au sein d'un environnement symboliquement convivial : le restaurant.

3.2. LA CONVIVIALITÉ, UN CONCEPT POLYSÉMIQUE ET POLYMORPHE

L'origine du mot « convivialité » viendrait de la traduction anglaise « *conviviality* », le goût des réunions (Paquot, 2021). Cette traduction est complétée par le dictionnaire Grand Larousse (1869)⁴⁶ comme le goût des réunions joyeuses et des festins (Paquot, 2021).

Ce mot peut être aussi identifié comme un « comportement bienveillant, à des relations apaisées, sympathiques ou cordiales » (Paquot, 2021).

L'adjectif « convivial » contribue à caractériser une action ou un objet de convivial.

Près d'un siècle après l'œuvre de Brillat-Savarin en 1825, la convivialité est réappropriée par l'essai critique *Tools for conviviality* (La convivialité) d'Ivan Illich en 1973. Paquot (2021) évoque même une renaissance du mot. Aujourd'hui, le terme de convivialité est d'ailleurs souvent associé à l'œuvre d'Illich (Gomez, 2022). La convivialité soutenue par Illich (1973) ou la convivialité *illichienne* revêt plusieurs dimensions : sociétale, langagière, instrumentale, organisationnelle ... Ainsi, la convivialité représente un mot polysémique – *plusieurs sens* – et polymorphe – *plusieurs formes*. L'essai revient notamment sur les rapports existants entre l'homme et l'outillage technique (Gomez, 2022).

3.2.1. UN CONTEXTE JUGÉ DÉSHUMANISANT

Dans la première partie de son livre, Illich (1973) « pose un diagnostic de la crise de l'époque » (p.5, préface) en dressant un constat et surtout en exposant une critique des effets sous-jacents de l'industrialisation⁴⁷ et des progrès de la médecine.

⁴⁶Le Grand Larousse fait référence au Grand Dictionnaire universel du XIX^e siècle de Pierre Larousse (1869)

⁴⁷ L'industrialisation fait référence aux pratiques, périodes d'industrialisation ou « révolutions industrielles » de la France dès le XIX^e siècle. Au XX^e siècle, l'un des exemples les plus connus en théorie des organisations

Lorsqu'Illich (1973) évoque le champ de la santé dès le début de son livre (p.15), il y dénonce « l'obsession de la quantification » qui « en est devenue à dominer la clinique » (p.15). Cette approche a contribué à ce que les médecins puissent « mesurer l'étendue de leurs succès avec des critères qu'ils avaient eux-mêmes forgés » (p.15).

Étant donné le contexte économique de l'époque (hausses des dépenses de santé, inflation ...), Illich va même plus loin dans cette idée. Il associe la santé à une marchandise en l'assimilant à un produit de consommation sociale par « l'importance donnée aux statistiques médicales » (p.15).

Il énonce aussi qu'au-delà des progrès annoncés de la médecine, l'amélioration de la santé des populations est surtout liée à un meilleur cadre de vie (alimentation, hygiène de vie...), par les habitudes individuelles mais aussi par l'amélioration des environnements de vie (installation d'égouts, traitement de l'eau...).

Il y dénonce des « conditions plus déshumanisantes » (p.16) dues à l'industrialisation qui a elle-même profité des progrès de la médecine. Selon lui, le développement des outillages et du travail à la chaîne durant de la période d'industrialisation n'a fait que détruire l'individu.

La posture du médecin aurait elle aussi changé. Illich observe que concomitamment à l'amélioration des diagnostics médicaux, le médecin a centralisé son savoir médical au point où il en est devenu indispensable pour les patients, sans qu'on cherche à développer leur autonomie. Selon lui : « plus l'outil devient simple, plus la profession médicale insiste pour en garder le monopole » (p.16). De façon plus large, comme pour l'accès à l'école, Illich critique les inégalités et disparités existantes à la fois sociales, économiques et territoriales de l'accès aux soins. (p.18)

3.2.2. DE L'ASSERVISSEMENT À L'INTÉRÊT DE LA CONVIVIALITÉ

Dans le second chapitre de son livre, Illich (1973, p. 26) revient sur l'usage de l'outil durant la période d'industrialisation. Il considère qu'il s'est produit un asservissement de l'homme vis-à-vis l'outil : « la prise de l'homme sur l'outil s'est transformée en prise de l'outil sur l'homme » (p. 26). Or, selon Illich, l'homme doit travailler avec l'outil, non pas pour le remplacer mais pour l'aider à accomplir et s'accomplir. Bien qu'il reconnaisse que la société a besoin d'outils (que ce soit, par exemple, dans le cadre de la médecine ou de la communication), le problème se situe dans ce que l'individu en fait.

concerne les travaux de Frédéric W. Taylor (1911) par l'introduction de la chaîne de montage ainsi que la production massive d'automobiles par Henry Ford.

C'est ainsi que ce chapitre vise à mettre en lumière l'apport de la convivialité. Si l'on considère l'individu comme un usager-consommateur plutôt qu'un usager-acteur (au sens d'autonome et maître de ses choix), il est alors « privé de convivialité » (p. 28).

La convivialité selon Illich (1973, p. 28) peut s'opérer par plusieurs moyens : l'outil convivial, la relation conviviale, la structure conviviale, le travail convivial, le mode de production convivial et plus largement, la société conviviale.

3.2.3. LA CONVIVIALITÉ PAR LA SPONTANÉITÉ DU DON

Afin de mieux comprendre ce qui caractérise la convivialité, Illich l'oppose à la productivité industrielle (p.28). Il les considère antinomiques car l'un se caractérise par « le passage de la répétition du manque » et l'autre par « la spontanéité du don » (p.28). En prenant les deux extrêmes, il dissocie l'outil dominant et l'outil convivial (p.28). La relation industrielle se distingue par une réponse impersonnelle car il la considère comme une « *réponse stéréotypée de l'individu aux messages émis par un autre usager, qu'il ne connaîtra jamais, ou par un milieu artificiel, qu'il ne comprendra jamais* ». Il qualifie la relation conviviale comme une relation qui se trouve toujours neuve et qui dépend de personnes qui participent à la création de la vie sociale.

Parce qu'elle se détache de l'outil technique et matérialisé, la convivialité offre davantage de libertés individuelles. Elle s'inscrit dans une démarche éthique tournée vers la réalisation (p.28).

Enfin, la société conviviale repose sur l'instauration de contrats sociaux entre les individus. Ces contrats doivent pouvoir assurer un accès aux outils conviviaux pour l'individu qui n'entrave pas celui de l'autre (p.30). L'autonomie de l'individu peut se voir amoindrie si la satisfaction de ce dernier repose uniquement sur la consommation de biens et services industriels (p.31).

Une organisation ou une entreprise collective basée sur la convivialité doit pouvoir « défendre des valeurs essentielles » telles que la survie, l'équité ainsi que l'autonomie créatrice. La traduction de ces trois critères en langage mathématiques correspond à : la viabilité, la courbe de *distribution des inputs* et la courbe de *contrôle des outputs* (p.31).

Pour l'auteur, « la convivialité est multiforme » (p.33), elle ne viserait pas à imposer un cadre normatif mais proposerait plutôt de réaliser sa propre utopie.

3.2.4. L'OUTIL CONVIVIAL

Pour Illich, seuls les outils qui entravent la convivialité doivent être proscrits. De plus, une vigilance est à porter chez l'homme qui représente un « homme-industriel ».

Il étaye deux éléments :

- Le pouvoir de celui qui l'utilise : « L'outil convivial est celui qui me laisse la plus grande latitude et le plus grand pouvoir de modifier le monde au gré de mon intention » (p.44) ;
- L'accessibilité de l'outil : « L'outil est convivial dans la mesure où chacun peut l'utiliser, sans difficulté, aussi souvent ou aussi rarement qu'il le désire, à des fins qu'il détermine lui-même. L'usage que chacun en fait n'empiète pas sur la liberté d'autrui d'en faire autant. Personne n'a besoin d'un diplôme pour avoir le droit de s'en servir ; on peut le prendre ou non. Entre l'homme et le monde, il est conducteur de sens, traducteur d'intentionnalité » (p.45).

L'outil devient alors convivial lorsqu'il se caractérise par son libre usage, son accessibilité et par l'autonomisation de l'individu.

La définition « *illichienne* »⁴⁸ de la convivialité contribuerait à retrouver son autonomie en tant qu'individu (Gomez, 2022). En ce sens, l'autonomie renvoie à la « possibilité radicale de définir les règles de sa conduite » (Gomez, 2022). Ainsi, par son œuvre de 1973, Illich remet en cause le lien entre l'outil-dominant et l'individu-dominé, il considère qu'à l'inverse l'outil doit rester à sa place d'instrument pour l'homme (Gomez, 2022).

Ainsi, l'outil devrait pouvoir contribuer à l'efficacité sans amoindrir l'autonomie de l'individu. L'outil devrait alors être au service de l'homme sans avoir pour visée de le remplacer.

Le film « Charlie et la chocolaterie »⁴⁹ (*Charlie and the Chocolate Factory*) qui est à l'origine un ouvrage⁵⁰, pourrait dans une certaine mesure illustrer ce changement où :

- Au début du film, une machine automatique au sein d'une fabrique de dentifrice a remplacé le travail de l'homme (le salarié-opérateur) ;
- À la fin du film, l'homme (le salarié-réparateur) se place dans une position dominante vis-à-vis de l'outil car il veille à l'entretien de la machine.

⁴⁸ Terme utilisé par Paquot (2012) : « Vocabulaire illichien »

⁴⁹ Ce film a été réalisé en 2005, par Tim Burton. Un premier film avait été réalisé en 1971, par Mel Stuart.

⁵⁰ Cet ouvrage a écrit en 1964, par Roald Dahl.

Gomez (2022) prend l'exemple d'un outil convivial : le vélo. Son usage, en opposition avec celui de l'automobile (qui peut aussi symboliser d'une certaine manière l'industrialisation), permet à l'utilisateur d'être autonome. Ce moyen de transport « permet non seulement une autonomie d'usages (choisir des chemins de campagne, marcher en poussant de son vélo, etc.), mais aussi une régulation de cet usage par l'effort physique et la possibilité d'agir sur l'outil en le réparant facilement ».

3.2.5. L'OUTIL CONVIVIAL POUR CONSERVER SA LIBERTÉ

La convivialité *illichienne* s'oppose à l'imposition des outils et replace l'individu en tant que maître de l'outil par le choix de la forme et de son usage (Gomez, 2022). Les organisations ou entreprises dans le contexte post-industriel et contemporain pourraient s'inspirer de la convivialité illichienne (Paquot, 2021 ; Gomez, 2022). Souchier (2020) rappelle qu'« Ivan Illich cherche à renouer avec une « lecture savoureuse et jouissive » et « la fonction conviviale du langage » ». Murgue (2020) dans l'ouvrage dédié à un établissement social met en exergue que la relation conviviale est « comme création à la vie sociale (Ivan Illich) ».

La convivialité au sens d'Illich, passe à la fois par le langage (Souchier, 2020) et la relation (Murgue, 2020). Elle a remis « au goût du jour » la convivialité en tant que théorie sociale (Glémain, 2017).

Glémain (2017) reconnaît que les études menées autour du champ de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS) mobilisent peu les œuvres d'Illich bien qu'il permettrait de comprendre les enjeux contemporains de ce champ. L'ESS aspire à une logique de changement et d'expérimentation et tend à reconnaître les liens interdépendants entre les individus (Glémain, 2017).

3.2.6. L'OUTIL DE GESTION

Les outils de gestion sont de plus en plus étudiés et existants au sein des organisations (Glémain, 2017). Pour Glémain (2017), il apparaît alors indispensable de mobiliser les travaux d'Illich par le prisme de la convivialité :

Tableau 10 : Typologie de trois outils d'après la lecture d'Illich (1973), p. 44-45. Source : Glémain (2017)

Type d'outil	Caractéristiques de l'outil
Outil maniable	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'énergie métabolique à une tâche spécifique • Multivalent • Conducteur d'énergie métabolique • Consommateur d'énergie productible par quiconque se nourrit et respire
Outil manipulable	<ul style="list-style-type: none"> • Mû par l'énergie extérieure • Pouvoir multiplier l'énergie humaine • Dépasser l'échelle de l'homme
Outil convivial	<ul style="list-style-type: none"> • Chacun peut l'utiliser, le manipuler sans difficulté, aussi souvent ou rarement qu'il le désire, et selon les fins qu'il détermine lui-même • L'usage que chacun en fait n'empêche pas sur la liberté d'autrui d'en faire autant • Personne n'a besoin de diplôme pour avoir le droit de s'en servir • Il est conducteur de sens entre l'homme et le monde • Il est conducteur de sens (traducteur d'intentionnalité)

L'outil convivial se différencie aussi des autres outils par sa fonction de justice sociale, environnementale et territoriale car il lutte contre les inégalités qui coexistent l'abondance et le manque. Il sert le projet sociétal, devient « conducteur de sens » et traduit une intentionnalité (Glémain, 2017). L'outil de gestion peut être convivial dès lors que « les convictions individuelles font aussi sens chez les autres ». L'auteur rappelle également qu'un objet qui devient un moyen est considéré comme un outil (Illich, 1973, p.44).

Le champ de l'ESS pourrait alors investir l'outil en tant que moyen pour atteindre une fin. Pour cela, il est annoncé l'importance de la création ou renouvellement des outils de gestion conviviaux (Glémain, 2017). L'ESS s'inscrit dans un mouvement convivialiste (Glémain, 2017). Cependant, les organisations de l'ESS s'intègrent dans un contexte changeant et complexe (à la fois économiquement qu'au niveau organisationnel), il est préconisé alors que « l'ESS doit résister à la tentation d'une gestion concurrentielle » (Glémain, 2017). Les outils de gestion représentent une identité, et d'autant plus dans le contexte des organisations appartenant à l'ESS. D'après Glémain (2017), « l'enjeu de l'appropriation des outils de gestion conviviaux relève d'un processus de construction sociale et d'apprentissage du « sens » donné à l'action collective, qui s'inscrit dans la durée ». Les outils de gestion, lorsqu'ils sont conviviaux, ne doivent donc pas se réduire à leur technicité.

Orange et Vatteville (2009) estiment que le culte de la performance et la compétition, rendue quasi-obligatoire, sont très présents dans la société d'aujourd'hui. De plus, pour rester viables, les organisations ne peuvent « plus se contenter de se conformer aux lois en vigueur ». D'après Orange et Vatteville (2009),

l'œuvre d'Illich rappelle que les individus accroissent « leur dépendance à des outils toujours plus complexes qu'ils ne peuvent maîtriser ».

3.3. L'HÔPITAL, L'ESS ET LE CHAMP ASSOCIATIF : TERREAU DE LA CONVIVIALITÉ ?

« Quand l'outil reste à sa place d'outil et que celui qui l'utilise en reste l'acteur, Illich l'appelle convivial » (Valsan, 2021). Dans le prolongement de la critique formulée par Illich (1973), Valsan (2021) pose la question rhétorique suivante : « Qu'en est-il du travail social ? L'outil travail social est-il un outil convivial ou aliénant ? ». Il nous apparaît que l'auteur y répond de façon plus ou moins explicite par la rhétorique et la juxtaposition de paradoxes. Il évoque qu'une admission en établissement ne dépend pas de la personne concernée mais d'autres décideurs avec des critères qui ne sont pas divulgués et que l'institution, au lieu d'être un espace de liberté, elle en devient un « un rouleau compresseur administratif, bureaucratique et financier auquel il faut se soumettre ». Le système convivial est alors entravé dès lors qu'une règle apparaît imposée par une institution et que l'avis ou la remise en question de la personne n'est pas entendu et surtout considéré. L'auteur donne plusieurs exemples dont l'imposition de règlements intérieurs des établissements d'accompagnement, d'horaires de coucher ou de réveil auprès des usagers.

Bryon-Portet (2011) s'intéresse à des associations locales qui promeuvent l'entraide et la convivialité. Celles-ci tentent de : « réenchanter et de réhumaniser un lien social que l'individualisme et la technologie, associés au phénomène de la mondialisation, n'ont cessé de diluer ».

Gaillard (2022), sans indiquer que les associations sont conviviales, décrit des ateliers mis en place pour les enfants en situation de handicap au sein d'un dispositif médico-social (DITEP) : « Les ateliers parents, « une bouffée d'air ». Organisés en groupes de douze personnes environ, ces ateliers ont lieu le samedi matin, afin de permettre aux parents qui travaillent d'y participer. Accueil convivial dans une des grandes maisons où vivent les enfants, avec café et croissants ».

Si les associations-gestionnaires du handicap appartiennent au grand champ de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS)⁵¹ (Combes-Joret & Lethielleux, 2017), alors leurs intérêts convergent avec la logique de

⁵¹ La loi du 31 juillet 2014 désigne l'ESS comme un « mode d'entreprendre et de développement économique adapté à tous les domaines de l'activité humaine auquel adhèrent des personnes morales de droit privé ».

convivialité développée par Illich (1973) (Glémain, 2017). Les organisations appartenant à l'ESS tendent à s'inscrire dans une société conviviale, en opposition avec le capitalisme.

Pour Pitaud et Deschamps (2021), la société se trouve de plus en plus connectée mais ce modèle est contesté par certains acteurs médico-sociaux qui l'associent à une déshumanisation vis-à-vis des personnes en situation de vulnérabilité, comme les personnes âgées qui peuvent se sentir angoissées par l'absence de considération. C'est pourquoi les auteurs en appellent à l'intérêt du lien social par une relation conviviale illichienne (Pitaud et Deschamps, 2021).

Grünig Iribarren (2019) définit un lieu convivial comme « celui où sont à même de fleurir les conditions de l'hospitalité et de la socialité ».

La communication peut être un enjeu important pour l'hôpital. Un « discours convivial » peut se diffuser par l'intermédiaire de messages oraux et formels (discours ministériel, injonction par la loi du 4 mars 2002, la charte du patient hospitalisé (introduite en 1995 mais rendue obligatoire en 2002), recommandations aux praticiens hospitaliers...).

Rinck (2003) indique que « les outils visant à faciliter la participation du patient au système de soin, comme par exemple les "représentants des usagers", ou l'Espace Éthique, ou encore l'obligation du médecin d'informer le patient sur son état de santé sont pour Ivan Illich des "outils conviviaux" parce qu'ils permettent à l'individu de façonner, à son gré, le monde qui l'entoure ».

L'introduction de nouvelles formes de représentations, d'instances voire de pratiques visent pour certaines la décentralisation du pouvoir, le développement de la transparence d'information et d'une démarche inclusive et réflexive des méthodes employées à l'hôpital (Rinck, 2003).

Rinck (2003) identifie trois outils conviviaux – au sens d'Illich - dans le but d'améliorer la participation du patient au sein du système de santé : « représentants des usagers, ou l'Espace Éthique, ou encore l'obligation du médecin d'informer le patient sur son état de santé ».

L'outil convivial peut être représenté à travers « des moyens matériels, des mesures ou des services mis à la disposition des individus ». Selon l'auteur, l'outil convivial se caractérise par la possibilité pour l'individu de mener : « l'action la plus autonome, et la plus créatrice possible, en étant le moins contrôlable par autrui ».

La participation du patient, désormais considéré non plus comme un simple spectateur mais comme un acteur du système de soins, s'est traduite de la manière suivante au sein de l'hôpital : « Dès lors, l'ouverture de l'institution hospitalière aux représentants des malades permet à l'individu de se réapproprier un monde qui jusque-là le tenait dans un rapport de dépendance à l'égard du médecin, et le soustrait finalement au

corps des spécialistes. Ils lui renvoient comme image de lui-même, celle d'un usager du service public hospitalier, coadministrateur de son séjour à l'hôpital et de sa santé » (Rinck, 2003).

Toutefois l'auteur expose les limites du discours hospitalier qui se veut convivial. Il prend le cas du consentement où cela devrait permettre à l'individu de donner une approbation éclairée. Or, selon lui, il ne peut pas toujours être conscient des conséquences de son choix. Ainsi, il s'exerce implicitement un pouvoir médical. De plus, il considère également que le discours prône un accès à l'information pour tous mais cet idéal ne tient pas compte des inégalités existantes entre les hôpitaux en matière de qualité des soins. Dans ce cas, « le patient n'est plus l'« acteur privilégié » de son séjour hospitalier, comme le laissent à penser les outils conviviaux qui sont mis à sa disposition, et au contraire, ces mesures conviviales soumettent le patient à un pouvoir médical et technique qui ne se désigne plus comme tel » (Rinck, 2003).

Ainsi, un discours qui se convivial ne permet pas toujours une pleine participation.

Une étude menée au sein d'établissements hospitaliers de la suisse francophone le montre également (Haberey-Knuessi, 2013). Bien que la communication représente un défi et un enjeu pour l'hôpital, on y observe au fil des années que la quantité d'informations diffusées ne fait qu'augmenter tandis que les temps d'échanges se sont amoindris. (Haberey-Knuessi, 2013) Cela inverse l'idée de départ du discours convivial.

Blondeau (2004), prend l'exemple des « groupes d'alcooliques anonymes » où il identifie un double intérêt pour l'individu par sa dimension conviviale (échanges téléphoniques entre les membres, invitations au domicile...) et sa dimension psychothérapeutique. Il ajoute que ce double caractère s'est également diffusé dans le monde associatif. Hubaud (2002) cite d'ailleurs le cas d'une association qui avait inscrit au sein de son règlement intérieur « les principes de convivialité, d'entraide », qu'un groupe devait être dédié pour « entretenir la convivialité » et qu'il devait y comporter « un espace convivial ».

La « société illichienne »⁵² correspond à une société où les individus se sentent heureux en construisant des liens sociaux et prennent soin les uns envers les autres. Elle renvoie aussi au don de soi pour l'autre et un projet sociétal. L'hospitalité tente de répondre aussi à ces deux éléments. Concept polysémique, l'hospitalité a longtemps été considérée comme une pratique mobilisée par les hôpitaux (Ngono, 2014). Elle peut se définir par une « acceptation de l'autre comme un égal alors même qu'il est différent » (Ngono, 2014).

Les associations du champ du handicap par leur statut (non lucratif) et surtout les valeurs promues basées pour plusieurs d'entre elles sur une forme d'altruisme et de solidarité (valeurs religieuses, laïques,

⁵² (2020). Comptes rendus d'ouvrages. *Revue Française de Socio-Économie*, 24, 231-254. <https://doi-org.ezproxy.universite-paris-saclay.fr/10.3917/rfse.024.0231>

humanistes, parentales...) invitent à porter une culture conviviale. Les travaux sont peu nombreux sur la dimension conviviale que portent ces associations. Toutefois, plusieurs témoignent du lien existant entre la convivialité et la structure associative ainsi que l'économie sociale et solidaire.

SYNTHÈSE DU CHAPITRE

La section 1 a présenté plusieurs éclairages liés au contexte historique du champ du handicap en France. Elle visait à mettre en lumière les reconnaissances du handicap au fil des siècles. Elle a également souligné le rôle des associations qui se sont mobilisées afin de faire reconnaître le handicap, et par la suite, devenir gestionnaire d'établissements spécialisés dans l'accompagnement du handicap.

La section 2 a exposé les spécificités contemporaines du champ du handicap, à la fois d'un point de vue organisationnel et idéologique.

Elle a présenté les deux courants idéologiques qui semblent influencer les associations-gestionnaires du champ du handicap :

-le New Public Management, une doctrine contestée dans le champ de la santé, mais qui a contribué dans une certaine mesure à l'émergence d'outils de gestion, ainsi que d'un Nouveau Management Associatif.

-l'esprit de convivialité d'Illich (1973), une logique qui apparaît en contre-courant du NPM et qui invite à développer des outils conviviaux ainsi que des organisations plus conviviales.

CHAPITRE 2 : LE RÔLE DU PROJET PERSONNALISÉ DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Depuis 1975, plusieurs lois sont venues réguler la prise en charge du handicap en France. Parmi elles, la loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » a mis l'accent sur la place de l'utilisateur en promouvant ses droits. D'après Lafore (2012), le législateur aurait permis un recadrage des termes où l'utilisateur devient une priorité, « un interlocuteur valable » avec « une position de relative égalité face aux structures ». En ce sens, l'intégration des proches et familles de l'utilisateur, par les « conseils de la vie sociale dans les établissements d'enfants » concourt à une plus grande visibilité du « rôle des familles » (Favre, 2006). Certains chefs d'établissements ont été confortés par l'adéquation entre la loi et leur mode de gestion. Mais selon Granval (2003), cela a pu générer la crainte d'une évaluation trop technocratique de leur mode de fonctionnement, à l'opposé de leur vision humaniste. Le passage à la formalisation du travail aurait « produit des effets psycho-organiseurs » (Grimaud, 2009). Sentein (2004) considère que cette loi a provoqué une rupture, non-désirée, entre les valeurs originelles des « entreprises solidaires » et l'exigence réglementaire. Autrement dit, cette loi invite les acteurs à un changement qui doit pouvoir correspondre à la réalité de la prise en charge mais au vu de la configuration des organisations médico-sociales, cela ne semble pas évident pour eux d'organiser sa mise en œuvre.

Les débats existants dans la sphère médico-sociale en science de gestion reposent en partie sur le déploiement de la démarche qualité imposée par le législateur.

En effet, l'amélioration de la qualité de service constitue un rouage de développement pour les entreprises (Van de Portal, 2014). Mais, dans l'univers médico-social, cette démarche est jalonnée par la réglementation : la loi du 2 janvier 2002 surnommée 2002-2.

Nous analyserons dans la section 1 comment cette législation qualifiée de « rénovatrice » encadre la gestion des services et établissements médico-sociaux et plus spécifiquement du projet personnalisé.

La section 2 vise à conceptualiser le rôle possible du projet personnalisé au sein des organisations médico-sociales.

SECTION 1 - LE PROJET PERSONNALISÉ DANS UN CONTEXTE DE PROTECTIONNISME PUBLIC : LE CAS DE LA LOI 2002-2

1. LA LOI 2002-2 : UNE RÉGULATION DU CHAMP DU HANDICAP PAR L'ÉMERGENCE DE CONTRAINTES PUBLICS OU UNE RÉPONSE AUX PRÉOCCUPATIONS DES ACTEURS ?

1.1. QU'EST-CE QUE LA LOI 2002-2 A PROMU ET PROMIS ?

1.1.1. DES « SIGNES AVANT-COUREURS » DE LA LOI 2002-2 ?

Avant 2002, plusieurs éléments ont précédé l'arrivée de la loi du 2 janvier 2002. Cette dernière a été introduite dans un contexte où :

- Au niveau de la place de l'utilisateur : L'individu en tant qu'utilisateur commençait également à occuper une place centrale dans le champ public. Cela a débuté *a priori* à la fin du XX^{ème} siècle⁵³ où « l'« usager » y est donc considéré comme un acteur autonome, c'est-à-dire libéré des emprises associatives et des prescriptions des divers professionnels, juste soucieux d'exercer ses droits au plus juste coût » (Peny, 2006).
- Au niveau des pratiques opérées au sein organisations médico-sociales : Certaines associations se préparaient aux futures obligations de la loi 2002-2, (Andrien, 2019). Pour cela, elles identifiaient ou élaboraient des outils ou référentiels sur lesquels elles pouvaient s'appuyer. Certains dirigeants d'associations avaient le sentiment d'anticiper les obligations (Andrien, 2019).

Si l'évaluation des établissements médico-sociaux est introduite par la loi 2002-2 et appuyée par la loi du 11 février 2005, elle n'en demeure pas moins une pratique nouvelle (Bouquet, 2009). En effet, cette pratique qui se voudrait ancienne, se manifestait par :

- l'auto-évaluation du professionnel-accompagnant sur ces pratiques ;
- le diagnostic pour évaluer la situation de l'enfant ;
- l'évaluation des actions entreprises.

⁵³L'auteur cite notamment la loi sur le RMI (1988) et la loi d'orientation sur l'éducation (1989) réforme des annexes XXIV du code de sécurité sociale (1989),

En outre, l'évaluation de l'accompagnement ou de l'organisation mise en œuvre était déjà exprimée par une partie des travailleurs sociaux (Defaux et Levene, 2016).

- Au niveau du projet de l'enfant :

Si la loi 2002-2 a introduit le projet personnalisé dans le secteur médico-social, plusieurs textes juridiques antérieurs laissaient présager l'arrivée d'un projet global pour l'enfant. A partir des années 1980, le projet individuel est introduit à travers la circulaire de 1982⁵⁴ où elle « invitait l'ensemble des acteurs à concourir à la réalisation de ce projet unique, dans un réel souci de transversalité » (Peny, 2006). Puis, la circulaire de 1989⁵⁵ réintroduit le projet de l'enfant non plus par le prisme de la transversalité mais par une nécessité pluridisciplinaire, « insistant à plusieurs reprises sur la nécessité de ne surtout pas confondre les fonctions, pédagogique, thérapeutique et éducative »⁵⁶ (Peny, 2006). Nous pouvons d'ailleurs remarquer que cette circulaire prône l'existence d'un projet individuel mais suggère également que la famille, à la suite de l'annonce du handicap doit être associée tout le long de l'accompagnement et lors de l'élaboration du « projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel de l'enfant » (p.3011). Cela suggère également que le projet de l'enfant doit pouvoir intégrer la vision des trois disciplines (pédagogique, éducative et thérapeutique).

1.1.2. CE QUE PROMET LA LOI DE FAÇON GÉNÉRALE

La loi 2002-2 ne vise pas à promettre aux usagers un meilleur accompagnement, mais le promeut. Cette promotion d'un accompagnement de qualité et individualisé oblige alors les services et établissements médico-sociaux à en tenir compte (Peny, 2006).

La loi du 2 janvier promeut et formalise les droits de l'utilisateur des organisations médico-sociales (Peroz, 2021). Ainsi, elle tend à renforcer la place de l'utilisateur au sein des ESMS (Verdier, 2002). Elle suggère que

⁵⁴ Circulaire (abrogée) n° 82/2 et n° 82-048 du 29 janvier 1982 relative à la mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés. (Simplification administrative. (s. d.). enseignementsup-recherche.gouv.fr. Site consulté le 2 mars 2023, à l'adresse <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/2009/48/meng0926957c.html>).

⁵⁵ Circulaire interministérielle n° 89-18 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents handicapés moteurs par les établissements et services d'éducation spéciale— Légifrance. (s. d.). Site consulté le 2 mars 2023, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/13567?init=true&page=130&query=la+communication+et+le+role+infirmier+&searchField=ALL&tab_selection=all

⁵⁶ L'auteur (Peny, 2006) précise que cela peut être le cas lors de la transdisciplinarité ou l'interdisciplinarité.

l'usager doit être reconnu en tant que personne bénéficiaire mais aussi en tant qu'acteur de l'institution (à travers leur participation au Conseil de Vie Sociale (CVS)) (Peroz, 2021).

L'extrait des propos de Jean-François Bauduret (2012)⁵⁷, rédacteur de la loi 2002-2 a été mis en lumière par Peroz (2021) car il permet de comprendre l'importance de la promotion de la prise en compte individuelle, promue par ladite loi et prépare les structures à proposer un panel plus large de modalités d'accompagnements afin d'apporter un « changement de paradigme » dans le secteur.

1.1.3. CE QUE COMPORTE LA LOI 2002-2 DE MANIÈRE GÉNÉRALE : UN ENSEMBLE D'INJONCTIONS

Pour commencer, la loi 2002-2 est présentée sous la forme de trois parties :

- Chapitre Ier : Principes fondamentaux (Articles 1 à 13)
 - o Section 1 : Des fondements de l'action sociale et médico-sociale (Articles 1 à 6)
 - o Section 2 : Des droits des usagers du secteur social et médico-social (Articles 8 à 13)
- Chapitre II : De l'organisation de l'action sociale et médico-sociale (Article 14)
- Troisième partie : Ensemble d'articles (Article 15-87)

Cette loi a modifié les conditions de renouvellement d'agrément des ESMS en imposant la mise en place d'une évaluation interne et externe.

Le législateur exige également la mise en place de plusieurs directives formulées sous la forme d' « outils » (Ispenian, 2005). Le tableau suivant caractérise les principales directives :

⁵⁷ Propos tirés de la revue professionnelle Direction(s) en 2012 : DIRECTION[S], numéro spécial : « Loi 2002-2, 10 ans déjà » (incluant l'interview de J.-F. Bauduret par Noémie Gilliotte « La loi HPST s'inscrit dans la continuité de la 2002-2 », n° 92, janvier 2012.

Figure 7 : Les principales obligations de la loi 2002-2. Source : Auteure

Directive	Représentation symbolique	Rôle énoncé	Référence juridique
Livret d'accueil	Document / Outil Individuel	Apporter des informations à l'utilisateur et ses proches afin de garantir ses droits	Article 8 de la loi 2002-2 et Article L. 311-4 du CASF
Contrat de séjour (Annexe Livret d'accueil)	Document / Outil Individuel	Identifier des objectifs « <i>et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.</i> »	Article 8 de la loi 2002-2 et Article L. 311-4 du CASF
Charte des droits et libertés (Annexe Livret d'accueil)	Document / Outil Général	Présenter les 12 droits de la personne accompagnée et principes à respecter	Article 8 de la loi 2002-2 et Article L. 311-4 du CASF) Annexe de l'Arrêté du 8 septembre 2003
Règlement de fonctionnement	Document / Outil Général Pour l'utilisateur	Présenter « <i>les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.</i> » Quand ? : après consultation du CVS / autre forme de participation	Article 8 de la loi 2002-2 et Article L. 311-4 du CASF
Personne qualifiée	Représentant / Ressource	Aider l'utilisateur à faire valoir ses droits	Article 9 de la loi 2002-2 et Article L. 311-5 du CASF
Conseil de la vie Sociale Ou autre forme de participation	Instance À visée participative et démocratique	« <i>Associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service</i> »	Article 10, Article L. 311-6 du CASF
Projet d'établissement ou de service	Document / Outil Institutionnel	Identifier des objectifs « <i>notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement</i> » <i>Durée maximale : 5 ans</i>	Article 12 de la loi 2002-2 et Article L. 311-8 du CASF

Ces sept obligations sont souvent nommées les « 7 outils », et parfois la loi 2002-2 est appelée la « loi des 7 » en référence au nombre d'outils obligatoires (Dupont, 2019).

Au-delà de ces « outils », la loi a également :

- Exigé une évaluation interne et externe pour les ESMS concernés (Art. 22 de la loi et Art. L. 312-8 du CASF ; Art. 25 de la loi et Art. L. 313-1 du CASF)
- Introduit un « projet d'accueil et d'accompagnement » (Chapitre 1^{er}, Section 2 et l'article L. 311-3 du CASF). Non seulement les usagers (ou avec l'aide de leur représentant légal) ont le droit à un projet spécifique à leur accompagnement, mais ils doivent également y participer lors de la conception et la mise en œuvre.

Le terme retenu par l'ANESM (Agence Nationale d'Évaluation des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) est le « projet personnalisé. Cette partie visait à introduire le projet personnalisé. Elle sera explicitée plus en détail dans la partie 2 de cette Section 1.

1.2. L'INFLUENCE DU NPM AU SEIN DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL

1.2.1. LE NPM

Si les mesures réglementaires des ESMS ont contribué à une préoccupation accrue d'une « gestion » des organisations, elles ont concomitamment amoindri la place de l'État-providence ainsi que l'esprit originel des associations (Alcoléa, Baldelli et Gilbert, 2016). Savignat (2009) souligne que la loi 2002-2 est sujette à des interprétations hétérogènes et par cela, elle met en débat une tension idéologique que connaît le secteur : d'un côté, la logique gestionnaire et économiste portée par la rationalité, et de l'autre, les principes et valeurs centrés sur l'humain.

Pour beaucoup, la question de l'influence de la doctrine du NPM au sein du secteur médico-social ne se pose plus. Le secteur médico-social sous l'influence de la doctrine du NPM introduit un vocabulaire managérial issu du monde de l'entreprise, des pratiques gestionnaires ou des réformes néolibérales (Chauvière, 2009 ; Savignat, 2009 ; Heichette, 2016 ; Lux 2016 ; Andrien 2022).

L'un des exemples le plus marquant serait la loi 2002-2 (Lux, 2016). Avant cette loi, d'autres réformes ont été *a priori* influencées par le courant du NPM et appliquées au champ de la santé dont les « ordonnances Juppé » d'avril 1996 et la LOLF (Poinsot, 2023). Plus d'une vingtaine de lois, décrets ou rapports touchant

le médico-social serait sous l'influence des principes du NPM (Lux, 2016, Annexe 1, p.5-6). La doctrine du NPM apparaît encore actuelle et diffuse dans le secteur. Elle s'illustre *a priori* par le « tableau de bord de la performance » portée par l'ANAP et complétée annuellement par les ESMS concernés, ainsi que le projet de réforme tarifaire SERAFIN-PH (Lux, 2016). D'après Andrien (2022), la notion de besoin – dans le cadre des besoins de l'utilisateur –, utilisée dans le cadre du projet de réforme de tarification SERAFIN-PH se base sur le courant du NPM. En ce sens, elle réduirait la personne accompagnée à un consommateur de ressources (Andrien, 2022).

La prise en compte de la doctrine NPM serait à l'origine d'un effet inverse attendu, c'est-à-dire, la bureaucratisation du système (Chauvière, 2008). La quantité d'informations produites à partir des « projets, référentiels, évaluations, enquêtes de satisfaction, etc. », voire de la « paperasse inutile », pose la question de leur traitement, surtout lorsque les ressources disponibles pour les analyser semblent insuffisantes (Chauvière, 2008).

Gaudet (2021) explique également que le secteur a dû traverser des mutations qui n'étaient pas relatives à la loi 2002-2 mais aux réglementations qui ont d'abord visé les entreprises. En tant qu'employeur de droit privé, établissement recevant du public, les organisations médico-sociales concernées étaient soumises à appliquer certaines règles telles que les normes HACCP⁵⁸ spécifiques à la restauration collective, le document unique d'évaluation des risques professionnels, le registre de sécurité...

1.2.2. LA CHALANDISATION : UNE « PORTE OUVERTE » DU NPM ?

Le néologisme « chalandisation » correspond à une thèse ou hypothèse défendue par Michel Chauvière. A travers le titre de son essai (2010), l'auteur introduit un message-clé : « trop de gestion, tue le social ». En citant une phrase extraite de l'œuvre de Jean de la Fontaine « *L'enseigne fait la chalandise* » (Les Devineresses, Livre VII, fable XV), il tente d'expliquer le choix de ce mot en faisant référence aux zones de chalandise qui correspondent à des « aires d'attraction commerciale et de déambulation » des clients.

Pour son fondateur, la chalandisation est un « processus général » (2009) qui permet de comprendre les transformations discrètes ou affirmées, mouvements opérés ou contestés ainsi que les nouvelles idéologies et pratiques qui surplombent l'action sociale. Il affirme notamment que « la chalandisation prépare la

⁵⁸ Hazard analysiscritical control point - Système d'analyse des dangers et des points critiques

possibilité de la marchandisation du social, mais n'est pas la marchandisation réalisée. Elle promeut, par exemple, le passage d'une privatisation associative adossée à l'État et partageant ses valeurs d'action publique (privatisation de type 1) à une privatisation lucrative dans les segments les plus solvables et à une gestion quasi marchande pour tout le reste (privatisation de type 2) » (2009).

Deux formes de chalandisation sont à distinguer : la chalandisation que l'on identifie comme institutionnelle et la chalandisation propre à l'individu :

- la chalandisation institutionnelle : « chalandisation des pratiques institutionnelles via le management couplé à l'hypergestion, son principal vecteur » (Chauvière, 2010b, pp. 209 à 217).
- la chalandisation individuelle : « chalandisation des esprits, ce qu'on pourrait qualifier de chalandisation intériorisée, qui se traduit par l'adoption inconsciente d'un langage gestionnaire, concurrentiel et financier, bien au-delà des nécessités » (Chauvière, 2010b, pp. 209 à 217).

Chauvière (2010b), dénonce par la chalandisation du secteur, un effacement du service public et son remplacement par une offre privée marchande et remarque que ce processus s'intègre subtilement.

Ainsi, la chalandisation suppose d'être une « porte ouverte » pour l'entrée des préceptes du NPM et un signal d'alerte qui prévient de la marchandisation des associations-gestionnaires et surtout « formate les comportements et les consciences ». Aujourd'hui, les articles foisonnent sur le développement d'une logique gestionnaire qui s'oppose *a priori* à la culture associative d'origine. Chauvière et d'autres dénoncent surtout un excès de l'utilisation de méthodes de gestion.

Si l'idéologie NPM ne visait pas explicitement le secteur médico-social, son effet a pu être indirect par un financement assuré majoritairement par des fonds publics (Veran, Pascal, Khalfaoui, 2018). Il s'agit pour Ledermann et Prouvez (2019) d'un effet « par ricochet ».

1.2.3. UNE ARRIVÉE DES INSTRUMENTS DE GESTION PLUS « PROGRESSIVE »

D'après Poinot (2023), les instruments de gestion, introduits entre autres par des lois inspirées par le NPM, ont été déployés plus progressivement dans le secteur médico-social que dans le secteur sanitaire. Cette disparité est due aux spécificités des secteurs. En effet, l'hypothèse développée par Poinot (2023) suggère

qu'il a été plus rapide d'imposer la présence et l'uniformisation des outils de gestion au sein du secteur sanitaire pour deux principales raisons :

- La première est que le secteur sanitaire comportait plus de professionnels que le secteur médico-social. Le besoin d'uniformiser apparaissait comme un enjeu plus important.
- La seconde est que le secteur sanitaire était majoritairement public, contrairement au médico-social où le champ privé (associatif ou commercial) occupait une place plus majoritaire. Ainsi, imposer des instruments de gestion inspirés du NPM apparaissait plus rapide qu'imposer aux services publics qu'aux organisations privées.

Ainsi, même si le secteur médico-social est « soumis aux mêmes stratégies de la puissance publique » que le secteur sanitaire, il se différencie dans la temporalité de la mise en œuvre des principes du NPM (Poinsot, 2023).

1.2.4. LES CRITIQUES DU NPM APPLIQUÉES AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

En conclusion de son article et en citant d'autres travaux de recherche, Poinsot (2023) expose plusieurs effets délétères de l'influence du NPM sur les organisations médico-sociales. Il convient de les présenter sous forme de tableau en établissant pour chaque effet, une dimension concernée :

Tableau 11 : Critiques des effets du NPM appliqués au secteur médico-social adaptées de Poinsoot (2023)

Critiques des effets du NPM appliqués au secteur médico-social	Dimension influencée de l'organisation
L'« abandon de la logique d'intérêt général au profit de celle de la délivrance de prestations » (Poinsoot, 2023 s'appuyant sur les travaux de Lafore, 2016)	Idéologique
Le « risque de standardisation des interventions » (Poinsoot, 2023 s'appuyant sur les travaux de Sebai et Yatim, 2018)	Opérationnelle
La « perte d'autonomie stratégique des associations gestionnaires et compromission de leur fonction de corps intermédiaire » (Poinsoot, 2023)	Identitaire
L'« émergence d'une position dominante des Associations de taille importante au détriment des acteurs de plus faible envergure » (Poinsoot, 2023 s'appuyant sur les travaux de Robelet, 2017)	(des) Jeux de pouvoir
La « perte de sens due à la violation du contrat psychologique entre direction et équipe pluridisciplinaire » (Poinsoot, 2023 s'appuyant sur les travaux de Sabouné et Montargot, 2017)	(du) Sens de l'action
La « démobilité causant la perte d'attractivité des métiers » (Poinsoot, 2023 s'appuyant sur les travaux de Molina, 2014 ; Dussuet, Nirello, et Puissant, 2017)	Attractive

L'auteur conclura en proposant sous forme de questionnement rhétorique : « une réappropriation du débat sur les missions et les moyens de l'action sociale et médico-sociale par la société civile? Dans cette perspective, représentants des intérêts des personnes vulnérables, professionnels, organismes gestionnaires et fédérations ont manifestement un rôle à jouer ».

Chauvière (2008) propose de changer la politique de qualification des professionnels et de faire davantage confiance au personnel accompagnant plutôt qu'à des « dispositifs et des machineries, qui n'engendrent tôt ou tard que toujours plus de bureaucratie ».

Pour Andrien (2022), les réformes législatives du secteur, inspirées des principes du NPM, contribuent à « l'appauvrissement des espaces politiques et démocratiques ».

En outre, pour remédier aux difficultés posées par les critiques du NPM, il est question de réintégrer la « voix » de l'ensemble des acteurs, qu'ils soient professionnels ou non.

1.3. LES PREMIERS EFFETS DU NPM DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL PAR LA LOI 2002-2 ?

La loi 2002-2 a été la source d'une profonde transformation pour le secteur médico-social, à la fois au niveau managériale et idéologique. Cette partie montre que la littérature aborde essentiellement cette législation comme étant imprégné du courant idéologique du New Public Management. Comment l'interprétation de la loi 2002-2 peut-elle être une démonstration des préceptes du NPM ?

Pour Hoarau et Laville (2008, p.110), le législateur de 2002-2 régule l'action médico-sociale. L'auteur identifie deux types de régulation qui s'opèrent de façon concomitante :

- une régulation tutélaire par « le caractère redistributif permettant l'accès au service des usagers, la reconnaissance des statuts du personnel, la prise en compte de la qualité du service ».
- une régulation concurrentielle « en mettant fin aux monopoles locaux dont jouissaient [...] et les associations historiques ».

1.3.1. LES RÉFORMES LÉGISLATIVES

Poinsot (2023), identifie plusieurs outils juridiques dans le secteur médico-social dont majoritairement la loi 2002-2, semble « marquée du sceau du *NPM* ». Nous en proposons une synthèse sous la forme d'un tableau :

Tableau 12 : Synthèse des outils juridiques influencés par le NPM adaptée de Poinso (2023)

Intérêt	Outil juridique	Effet
Planification financière	Loi 2002-2 et Articles L. 312-4, L. 312-5 et L. 313-4 du CASF	Compatibilité entre les schémas régionaux et le projet d'activité de l'établissement médico-social
Autorisation	Loi HPST Article L. 313-1-1 du CASF	Renfort de la puissance publique
La tarification par un mécanisme contractuel « marquée du sceau du <i>NPM</i> »	Article L. 313-11 du CASF Article L. 313-12-2 du CASF D'abord facultatifs en 2002, les CPOM ont été rendus obligatoires, pour les ESMS concernés, à la fin des années 2010	La contractualisation par un CPOM
L'évaluation	Loi 2002-2	L'obligation d'une évaluation interne et externe
La contractualisation	Loi 2002-2 Article L311-4 - Code de l'action sociale et des familles	L'obligation d'un contrat de séjour

Pour compléter, les deux lois qui ont contribué à une transformation majeure du secteur (Jaubert, 2014) sont :

- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui succède à la loi de 1975 et qui concerne explicitement le secteur social et médico-social ;
- La loi HPST qui tend à organiser deux secteurs du champ de la santé : sanitaire et médico-social.

Pour Andrien (2022), les réformes du secteur médico-social se sont inspirées des principes du NPM. La loi HPST à travers l'introduction des appels à projet qui in fine, développe une mise en concurrence des gestionnaires d'établissements médico-sociaux.

Le schéma ci-dessous reprend les lois communes des trois secteurs :

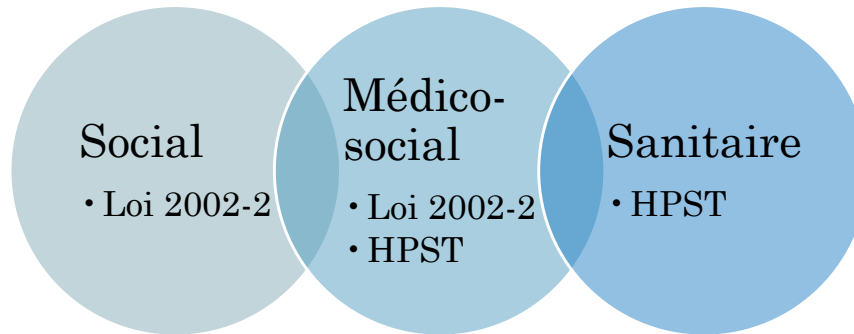


Figure 8 : Lois communes aux secteurs social, médico-social et sanitaire. Source : Auteure

Pour Chauvière (2010a), la loi 2002-2 ne fait que renforcer « la norme d’hypergestion » et l’exemple qui l’illustre est le CPOM (Art. 71 de la loi et Art L. 315-15 du CASF). Le CPOM ainsi que le projet de réforme tarifaire SERAFIN-PH sont considérés comme « l’exacte application » du courant idéologique du NPM (Ledermann et Prouvez, 2019). Le « dialogue de gestion » par la mise en place d’un CPOM s’opère entre l’ARS (directeur) et l’État (ministère) puis entre l’ARS (directeur ou son représentant) et le gestionnaire médico-social (directeur).

Rare sont celles et ceux qui défendent le CPOM comme un moyen de préservation du secteur médico-social. Parmi eux, Hardy (2010) défend l’idée que le CPOM peut ne pas s’identifier comme une « sorte de « cheval de Troie » du libéralisme économique dont le secteur serait « victime » mais qu’au contraire il pourrait contribuer à « sauvegarder dans le secteur social et médico-social une « diversité écologiques » entre « grandes » et « petites » associations, associations « gestionnaires » professionnalisées, et associations « militantes », entre fonctions « tribunitiennes » et fonctions « instrumentales » ».

1.3.2. LA NOUVELLE PLACE DE L’USAGER : UN CLIENT OU UN ACTEUR ?

Le contrat de séjour de 2002-2 cherche-t-il à rendre la personne accompagnée comme un client ?

Là où le contrat de séjour pourrait s’apparenter au milieu de l’hôtellerie, il est plutôt introduit au sein du secteur médico-social, à travers la loi 2002-2 comme un « document individuel de prise en charge ». Pour Poinot (2023), le contrat de séjour place l’usager dans une posture de client où l’établissement médico-social de droit privé devient le prestataire. Or, pour l’auteur, le service rendu à l’usager devrait plus reposer sur une activité d’intérêt général ou de service public, plutôt que de prestation.

Placer l'utilisateur en tant que « client » a pour effet l'instauration d'une démarche qualité avec la recherche d'une satisfaction (Lux, 2016).

D'un autre point de vue, le NPM attribue une nouvelle place à l'utilisateur du service public, non pas en tant que client ou consommateur mais en tant que personne (Lafore, 2016). En ce sens, l'utilisateur doit être écouté, et ses besoins doivent être pris en compte. C'est pour cette raison qu'un « décloisonnement généralisé et une déssectorisation des politiques publiques » apparaissent nécessaires afin d'en assurer l'accompagnement global de la personne (Lafore, 2016).

La loi 2002-2 promeut un utilisateur « acteur de son projet de vie » car elle soutient le respect de ses droits. A ce titre, elle indique « le passage d'une logique assistancielle à une logique de contractualisation du service rendu » (Defaux, 2015).

Toutefois, l'apparition d'instruments normatifs issus de l'influence du NPM comme l'évaluation rejaillit à la fois sur les organisations mais aussi sur l'utilisateur (Lafore, 2016). De plus, les organisations médico-sociales sont passées d'un fonctionnement *a priori* plus ou moins auto-organisé à un fonctionnement qui s'auto-normalise (Lafore, 2016).

L'une des conséquences est que les cadres de proximité du secteur sont alors incités à utiliser des démarches de participation pour répondre à l'injonction législative (Gacoin, 2016). Paradoxalement, cela pose la question de la personne qui prend les décisions : l'utilisateur en tant qu'acteur ou le manager qui répond aux obligations réglementaires (Gacoin, 2016). Le CVS qui tend à réunir les représentants d'utilisateurs, des familles et professionnels vise aussi, par une « logique d'empowerment » à faire reconnaître et encourager la participation des personnes accompagnées (Jaubert, 2014).

1.3.3. L'INTRODUCTION D'UNE CULTURE DE L'ÉVALUATION ?

Dans le secteur social, que l'on sait relativement proche du secteur médico-social, la logique d'évaluation est impulsée par la loi 2002-2 et marque le début d'une recherche d'efficacité (Defaux et Levene, 2016). Defaux (2015) explique que c'est l'évaluation promue par la loi 2002-2, qui a fait entrer le NPM dans le champ du travail social.

Bien que la pratique de l'évaluation semble ancienne dans les ESMS, elle a été rendue explicite par l'arrivée de la loi 2002-2. Elle suggère :

- d'appliquer un changement de paradigme (Defaux et Levene, 2016) ;

- d'instaurer une culture de l'évaluation dans un but de maîtrise des dépenses publiques (Defaux et Levene, 2016).

Enfin, l'injonction de l'évaluation interne et externe en 2002 est plutôt perçue comme une action qui sanctionne par des « mécanismes de contrôle » plutôt qu'une action qui valorise et encourage le travail mené, (Poinsot, 2023).

L'évaluation promue par le NPM et incarnée par 2002-2 (Andrien, 2022) est parfois assimilée à une norme (Chauvière, 2013). Or, selon Chauvière (2013), elle s'est surtout éloignée de l'évaluation « ordinaire de type debriefing », à différencier d'une évaluation « habituelle ou routinisée » telle qu'un recrutement. En ce sens, la loi 2002-2 suggère d'avoir produit une néo-évaluation qui s'écarte de l'évaluation ordinaire et qui place les acteurs « sous un contrôle normatif renforcé » (Chauvière, 2013).

Si la finalité de l'évaluation peut sembler louable par ses multiples finalités (Bouquet, 2009), c'est son sens réel qui est aujourd'hui questionné. Elle est d'autant plus discutée lorsqu'elle adossée à une logique de résultat (Chauvière, 2008). L'action d'évaluer est ambivalente car elle représente à la fois une contrainte par l'injonction législative, une opportunité stratégique pour légitimer l'action médico-sociale et une démocratie en offrant un espace de débats et de dialogue (Bouquet, 2009).

1.3.4. UN SECTEUR PLUS MARCHAND ET PLUS TECHNIQUE ?

Pour Hoarau et Laville (2008, p.264), la dimension « techniciste » de la loi 2002-2 a donné l'occasion à des consultants de se mobiliser sur « ce nouveau marché pour y diffuser les normalisations en vigueur ailleurs et promues par les organismes spécialisées ».

C'est ce qui a notamment conduit certains à y percevoir une « marchandisation » du secteur médico-social. Cette critique est d'ailleurs souvent associée au néolibéralisme et au NPM. Ainsi, même si la loi 2002-2 promeut l'autonomie de la personne (article 1 de la loi), elle contraint par des injonctions destinées aux établissements médico-sociaux. Si la régulation du secteur se manifeste par la loi 2002-2 en posant un certain nombre de nouvelles règles, elle accroît une disparité entre la sur-qualification que peuvent avoir des fonctions de manager et la sous-qualification de certaines fonctions accompagnantes. (Chauvière, 2010a)

Ce sous-chapitre a mis en lumière que la littérature s'efforce de montrer que le NPM est incarné par la loi 2002-2 dans le champ médico-social. Cette première loi a été considérée comme le premier virage

managérial du secteur. Elle met l'accent sur l'évaluation des organisations qui opèrent l'accompagnement de l'utilisateur.

1.4. LA LOI 2002-2 DANS LE SECTEUR A-T-ELLE ÉTÉ ACCEPTÉE ?

La législation de 2002-2 a été présentée comme réformatrice, il est donc intéressant pour nous de connaître la perception des chercheurs et acteurs du social et médico-social sur ce sujet. En effet, au-delà de l'influence possible du NPM sur la loi 2002-2, d'autres analyses sont à présenter. Représente-t-elle un intérêt pour le secteur ? La littérature expose des discours divergents.

La loi 2002-2 a été perçue comme « un nouvel élan » pour le secteur (Defaux et Levene, 2016) mais elle a suscité quelques interrogations sur son « efficacité » (Rihal, 2006). L'exemple qui peut l'illustrer est la maltraitance difficilement détectable malgré tous les « gardes-fou » proposés par la loi comme la naissance du CVS (Alfandari, 2004).

Toutefois, la loi contribue à l'intégration des proches et familles de l'utilisateur notamment par les « conseils de la vie sociale dans les établissements d'enfants » qui « officialisent le rôle des familles » (Faivre 2006).

Si la loi est assimilée à un projet « technique » voire « publicitaire », elle ne contribue pas à une rénovation du secteur mais plutôt à une déshumanisation du travail (Alfandari, 2004). Granval (2003) compare cette loi à une désillusion technique à travers ce qu'il appelle : « Odyssée éducative ». De surcroît, le rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) en 2014⁵⁹ met en exergue qu'il est difficile d'intégrer les nouvelles pratiques exigées par la loi 2002-2 au sein du secteur médico-social, dans le champ de l'addiction.

Concernant les nouvelles terminologies du secteur, Lafore (2012) met en avant que le législateur a permis un recadrage des termes, où l'utilisateur est devenu une priorité, « un interlocuteur valable » où les outils de 2002-2 représentent « les moyens pour lui donner une position de relative égalité face aux structures ». La nouvelle sémantique autour du « nouvel utilisateur » encourage la naissance d'un nouveau modèle d'organisation *a priori* plus efficace que celui établi par la Loi de 1975 (Lafore, 2012). Enfin, plutôt qu'une révolution pour l'utilisateur, la loi 2002-2 s'inscrit plutôt dans une continuité de l'héritage juridictionnel de la politique du handicap (Lafore, 2012). Pour le travailleur social, une nouvelle place lui est attribuée, c'est-à-dire une ressource permettant de changer la société (Grimaud, 2009).

⁵⁹Site consulté le 4 juillet 2023, à l'adresse https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-119R_Dispositif_medicosocial.pdf

Dans son article, Van de Portal (2014), expose l'idée que l'auto-évaluation d'un établissement représente un levier de performance dans le cadre d'une démarche qualité. L'auteur affirme que l'autoévaluation n'est devenue aujourd'hui qu'une « application simplement mécanique d'une « exigence légale trop cadrante et trop normative ».

Si cette loi incontournable dans le secteur médico-social peut être perçue comme un premier repère de « bonne conduite » institutionnelle vis-à-vis de l'utilisateur, elle peut aussi correspondre à une réponse aux préoccupations des acteurs ou permettre une homogénéité des pratiques. Il n'en demeure pas moins que l'application de la loi semble être « à géométrie variable » selon les services et établissements qu'ils l'opèrent (Peroz, 2021).

Les effets de cette réglementation apparaissent multiples :

- D'un point de vue idéologique : une rupture non-désirée avec les valeurs originelles des organisations portées par une logique de solidarité pour répondre aux exigences réglementaires (Sentein, 2004). Pour certaines de ces associations, elles ont dû se conformer à un ensemble de règles nouvellement définies mais qui viennent bouleverser leur fonctionnement (Sentein, 2004).
- D'un point de vue managérial : Certains chefs d'établissements ont été confortés par l'adéquation entre la loi et leur mode de fonctionnement (Granval, 2003)⁶⁰. Pour les autres, cela a pu générer une crainte de ne pas avoir fait ce travail que Granval (2003) considère comme « bureaucratique » et « technocratique ».
- D'un point de vue opérationnel :
 - o La loi a entraîné une reconfiguration des modes de prises en charge, et plus largement une refonte du travail social (Turrel, 2007). La confrontation à un encadrement réglementaire oblige les aidants professionnels à « réexaminer les modalités d'accueil et de prise en charge des personnes accueillies » (Turrel, 2007).
 - o Le passage à la formalisation du travail induit par la loi a « produit des effets psycho-organisateur » (Grimaud, 2009).

En somme, la loi 2002-2 a suscité de nombreux débats et interrogations tant sur son intérêt que sur les risques qu'elle pose.

⁶⁰Il convient de préciser que Daniel Granval, a une formation d'éducateur spécialisé et a été directeur d'établissement médico-social en 2003. Il s'est intéressé à la question des projets personnalisés en mobilisant son expérience du terrain.

1.5. L'ANESM : UN ACTEUR INSTITUTIONNEL QUI RENFORCE LA LÉGITIMITÉ DE LA LOGIQUE D'ÉVALUATION PORTÉE PAR LA LOI 2002-2 ?

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la littérature s'accorde pour affirmer que la loi 2002-2 a introduit (ou réintroduit, si l'on considère l'évaluation comme une pratique ancienne) explicitement une logique d'évaluation de l'accompagnement, des pratiques professionnelles et par conséquent des organisations médico-sociales.

Un an après cette loi, le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale est créé⁶¹. L'objectif était de répondre à la « commande d'évaluation » par les pouvoirs publics (Savignat, 2009).

En 2007, un nouvel acteur institutionnel remplace ce conseil, par le biais de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Il s'agit de l'ANESM : l'Agence Nationale d'Évaluation des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. L'ANESM « est mandatée par le ministère des Affaires sociales pour définir des standards de qualité applicables au secteur médico-social » (Dubost, 2014). Il convient de préciser que cette agence a existé jusqu'en 2018. Depuis 2018, elle est remplacée par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui couvre les trois secteurs du champ de la santé : sanitaire, social et médico-social.

L'ANESM a eu un rôle important autour de l'évaluation des ESMS. Son rôle était :

- De « sensibiliser » les ESMS à l'évaluation externe – rendue obligatoire par la loi 2002-2 (Hervy et Dizier, 2014).
- D'habiliter les organismes ou cabinets pouvant réaliser les évaluations externes auprès des « commanditaires », les ESMS (Hervy et Dizier, 2014).
- D'élaborer un guide à l'évaluation interne pour les ESMS (Gacoin, 2010).
- De « valider, ou élaborer en cas de carences, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles servant de référence aux évaluations interne et externe » (Hervy, 2013).

Ainsi, l'ANESM a transmis des directives sous la forme de « recommandations » afin que les ESMS puissent répondre aux obligations réglementaires. Pour aider les services et établissements à mieux comprendre l'esprit de la législation et surtout à mieux l'appliquer, l'ANESM produit des

⁶¹ Décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles. Site consulté le 21 juillet 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000431253/2003-11-29>

« recommandations de bonnes pratiques ». Ces dernières sont au nombre de 49. L'une d'entre elles concerne le projet personnalisé.

Les recommandations élaborées par l'ANESM trouvent-elles un intérêt pour les praticiens ? Elles ne seraient « pas toujours applicable au terrain » car elles apparaissent « trop conceptuel[les] » et « lourd[es] à utiliser » (Dubost, 2014).

2. LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT PAR LE PROJET

2.1. DU PROJET AUX ACTEURS

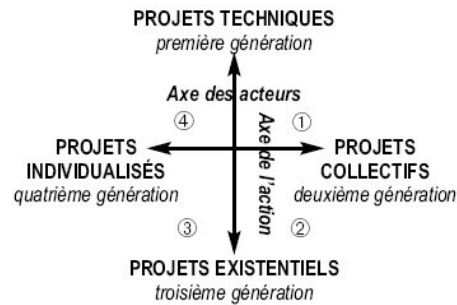


Figure 9 : « La rose des vents du projet ». Source : Boutinet (2002)

Le projet comporte des usages hétérogènes. Boutinet (2002) en identifie trois selon l'intérêt recherché. Nous les synthétisons au sein du tableau 13 :

Tableau 13 : Trois types d'usage du projet adaptés des travaux de Boutinet (2002)

Type d'usage du projet	Empirique	Réflexif / scientifique	Opératoire
Intérêt recherché	<ul style="list-style-type: none"> - Individuel (Lié aux âges de la vie) - Conception, exploration ou rénovation d'objet (Recyclage, voyage...) - Action à conduire - Organisationnel - Sociétal 	<ul style="list-style-type: none"> - Intentionnalité en Sciences humaines ; Philosophie ; Sciences fondamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Souci d'efficacité (processus)

Un projet ne peut se réaliser sans acteur(s), sans intention et sans méthode visé pour l'opérer (Boutinet, 2002). Il revêt plusieurs dimensions et est plurivoque (Boutinet, 2002).

Les travaux de Boutinet (2002) amènent à s'interroger sur ce que représente le projet : le projet représente-il un idéal ou une prévision de ce qui se réalisera ?

Comme l'indique le schéma ci-dessous, le projet comporte généralement trois phases : l'intention, le développement et la réalisation (Van Wijk, 2020a).

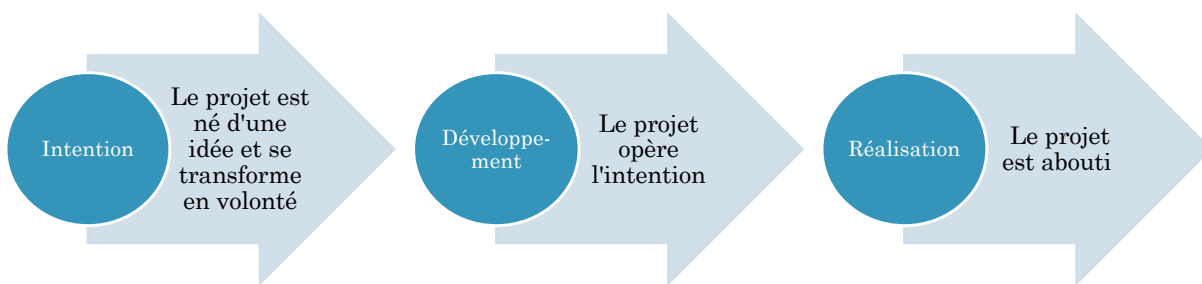


Figure 10 : Les 3 phases du projet adaptées de Van Wijk (2020a)

L'intention renvoie également à la conduite de projet : comment doit-il être prévu et envisagé ? Quelle direction prendre ? (Boutinet, 2002).

Si le projet est un processus, il doit être réfléchi en tenant compte qu'il comporte un début et une fin (Van Wijk, 2020a).

Si le projet est jalonné par un processus en trois phases avec un début et une fin, la question se pose : « comment se fait-il que tant de projets posent problème ? » (Van Wijk, 2020b).

En réponse à cette interrogation, Van Wijk (2020b) explique que « les projets sont gérés comme s'il s'agissait d'activités prévisibles et programmables » alors qu'un projet comporte une part imprévisible. L'auteur préconise alors d'adopter un « management flexible » pour intégrer la part d'imprévisibilité que peuvent comporter les projets. Pour permettre cette flexibilité, plusieurs conditions lui apparaissent importantes :

- La confiance entre les acteurs qui sont en charge du projet ;
- La définition de « l'intention essentielle » plutôt qu'un « cahier des charges détaillé » ;
- Un « plateau de ressources » suffisant, c'est-à-dire large pour éviter des « surcoûts ».

Un management flexible permettrait au projet d'être « novateur » et « moins contraint », laissant une marge de liberté et d'initiatives aux acteurs dans un but d'efficacité.

Si le projet permet de contribuer à la stratégie d'une organisation (Joffre et al., 2006), il représente aussi une clé d'analyse où la vision stratégique s'y incorpore (Phanuel et Renault, 2015).

L'étude de Phanuel et Renault (2015) montre que le projet ne doit pas seulement être opéré, mais qu'il devra aussi nécessiter le partage d'une vision entre les acteurs avec des points de vue convergents et divergents. Bien que les fonctions de chaque acteur puissent entraîner des préoccupations hétérogènes comme la proximité du chef de projet avec les acteurs ou le directeur qui crée les conditions, il n'en demeure pas moins que le partage d'une vision commune apparaît comme un facteur clé de réussite du projet. Les visions divergentes et les rôles de chacun peuvent parfois générer des conflits (Allard-Poesi et Perret, 2005).

La fonction de chef de projet peut alors constituer une ressource importante pour trouver une réponse aux conflits (résolution ou diminution), sans pour autant les nier. L'intérêt du dialogue, qu'il permette la convergence ou divergence de points de vue, contribue à faire émerger la vision de chaque acteur et ainsi à « reconstruire la vision collective du projet » (Phanuel et Renault, 2015).

2.2. LE PROJET PERSONNALISÉ DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

2.2.1. UN PROJET « SUR-MESURE » ?

La loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » a introduit l'obligation d'un « projet d'accueil et d'accompagnement ». Deux extraits peuvent en témoigner. En effet, chaque personne accompagnée par les ESMS⁶² a le droit à :

- « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la

⁶² Les services ou établissements médico-sociaux concernés, c'est-à-dire soumis à autorisation (Chapitre 1, Section 1, Article 4 de loi 2002-2)

personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché » (Chap. Ier, Section 2 de la loi 2002-2 et Art. L. 311-3 (3°) du CASF).

- « la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne » (Art. L. 311-3 (Chap. Ier, Section 2 de la loi 2002-2 et Art. L. 311-3 (7°) du CASF).

La première partie de l'extrait témoigne de l'importance d'une réponse adaptée par les ESMS à la situation de chaque usager. Elle met également en exergue la nécessité de développer pour les professionnels des ESMS une écoute active vis-à-vis de l'usager. Le rôle des professionnels consiste *a priori* à favoriser le libre-arbitre et le discernement de l'usager afin de lui permettre de devenir acteur - au sens décisionnaire - de son accompagnement. Selon la situation, les représentants légaux peuvent être impliqués (ce qui peut être généralement le cas pour les mineurs).

La seconde partie que nous avons extraite introduit la présence d'un « projet d'accueil et d'accompagnement » pour la personne accompagnée. Les ESMS doivent à la fois veiller à l'élaboration et la mise en œuvre du projet et à la participation active de l'usager lors de la démarche.

Ce projet est nommé « projet personnalisé » par l'ANESM.

Les acteurs, professionnels ou non, sont invités à l'investir. D'après Peroz (2021), le projet personnalisé tend à intégrer le parcours global de la personne accompagnée, en prenant en compte l'ensemble des environnements de l'enfant. En ce sens, il souligne que : « La dominante du projet personnalisé – formalisée par la loi de 2002 – est aujourd'hui « encerclée » par la notion de parcours de vie. Elle change indéniablement la perspective donnée à l'accompagnement socio-éducatif. Le sujet est inscrit dans une continuité qui dépasse l'environnement institutionnel dans lequel il vit momentanément ou plus durablement ».

Le rapport de la CNSA (2012, p.33) considère que le parcours de vie « recouvre le cheminement individuel de dimensions de sa vie [de la vie de l'usager] : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Les six dimensions impliquent une vision large de l'accompagnement. De plus, comme le souligne Peroz (2021), la « combinaison projet-parcours oblige à repenser la chaîne de l'accompagnement en permettant des alternatives à la vie institutionnelle et de nouvelles formes de prestations ». Cela a alors impliqué, pour bon nombre d'ESMS, l'abandon du vase-clos (Derouette, 2021), et la nécessité de centrer l'accompagnement, non plus dans l'enceinte de l'établissement, mais plutôt dans l'intérêt de l'usager, quel que soit le lieu.

Pour Peroz (2021), ce mouvement de désinstitutionnalisation de l'accompagnement s'est traduit par « des plateformes de services, des actions modulaires, des dispositifs intégrés... ». Nous pouvons citer l'exemple des ITEP qui se transforment en Dispositif Intégré ou des IME qui pour certains, expérimentent le passage en dispositif sous l'appellation de DAME (Dispositif d'Accompagnement Médico-Éducatif). Bloch (2016) donne l'exemple d'une plateforme qui a regroupé plusieurs services médico-sociaux et qui tire son origine du rapport « zéro sans solution » de Denis Piveteau. Ce rapport expose des solutions pour permettre à la personne en situation de handicap un parcours « sans rupture » et ainsi de ne pas se retrouver « sans solution » d'accompagnement. Pour les pouvoirs publics, la réponse doit être systémique et globale, en tenant compte de trois éléments pour y parvenir (p.79) :

- La démarche doit être globale par la cohérence des différentes mesures gouvernementales (tarification, formation...).
- Un « pilotage administration en mode projet » est à mobiliser au niveau des instances nationales et régionales.
- L'évaluation est à prendre en considération par l'établissement de plusieurs indicateurs.

Ce rapport a donné lieu à la mise en place de la démarche : « une réponse accompagnée pour tous » (RAPT). Cette démarche vise à apporter des solutions d'accompagnement « sur-mesure » ou les plus personnalisés⁶³. A titre d'exemple, elle a donné naissance à des services médico-sociaux mobilisés dans ce cadre : les PCPE (Pôles de compétences et de prestations externalisées).

Dans le secteur sanitaire, l'étude de Waelli et Minvielle (2013) a permis d'identifier 6 facteurs-clés liés entre eux qui concourent à la personnalisation du service rendu au patient au sein l'hôpital. Parmi eux, le support technique comme la technologie de l'information et la participation active comme l'auto-gestion et l'évaluation menées par les patients.

Parallèlement à ce mouvement structurel qui tend à proposer un accompagnement et un projet « sur-mesure » à l'utilisateur, il y a également les supports mobilisés.

Les outils numériques s'intègrent de plus en plus au sein des organisations.

Dans les organisations publiques, si le numérique ou les plateformes qui s'y rattachent, participent à la modernisation des services, ils visent aussi – dans une perspective du NPM – à améliorer la qualité du service rendu (Luangsay-Catelin et Roybier-Mtanios, 2020).

⁶³Site consulté le 4 juillet 2023, à l'adresse <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reponse-accompagnee-pour-tous>

Dans le champ de la santé, les outils numériques sont investis dans le secteur sanitaire (Gagneux, 2016; Rizoulières, 2016 ; Sybord, 2016 ; Garidi et Husson, 2021) et le secteur médico-social (Brami, 2019 ; Saba Ayon, 2016 ; Bourdon et al., 2018 ; Bouquet, 2019). En tant que support, le numérique appliqué au champ de la santé tend à remplacer les supports qui sont historiquement sous format papier (Minvielle et Sicotte, 2018). Lorsqu'il est porté par une logique d'empowerment des patients, le numérique présente un « grand espoir pour l'amélioration de la santé et du bien-être des individus » (Cases, 2017).

Ainsi, la dématérialisation de l'information peut présenter un intérêt dans le champ de la santé. Garidi et Husson (2021) ont montré que l'informatisation a facilité une démarche d'évaluation qui se voulait participative et a répondu aux besoins des acteurs.

Deux thèses semblent s'opposer sur le devenir du numérique dans les organisations: un outil d'efficacité ou à l'inverse un instrument de division. Si certains auteurs considèrent que le numérique peut révolutionner la gestion de l'information et faciliter le travail collectif ou la participation (Boudreault et Olleros, 2019 ; Garidi et Husson, 2021), d'autres estiment qu'il peut faire émerger des tensions par le contrôle permanent (Pinède et Lespinet-Najib, 2019 ; Bacache-Beauvallet, Bounie et François, 2011).

2.2.2. DU CHOIX SÉMANTIQUE AUX DIMENSIONS DU PROJET PERSONNALISÉ : L'ANCRAGE DE LA LOI 2002-2 PAR DES RECOMMANDATIONS

Les « recommandations de bonnes pratiques professionnelles » (RBPP) ont été diffusées par l'ANESM et sont généralement destinées aux services ou établissements sociaux et médico-sociaux⁶⁴. L'une d'entre elles traite particulièrement du projet personnalisé⁶⁵. Les RBPP sur le projet personnalisé visent trois objectifs (p.11)⁶⁶. Le premier objectif concerne la participation de l'utilisateur durant l'ensemble du processus, à la fois dans la conception et la mise en œuvre. Le second objectif vise à aider les professionnels lors de la démarche. Le troisième concourt à clarifier les termes et apporter des repères pour faciliter lors des échanges.

⁶⁴ Certaines recommandations peuvent être plus spécifiques. Par exemple, en ciblant certains publics ou type de handicap.

⁶⁵ Elle s'intitule : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », RBPP, ANESM (2008).

⁶⁶ *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. (2008). Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Site consulté le 11 février 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835163/fr/les-attentes-de-la-personne-et-le-projet-personnalise

Ces recommandations soulignent que le « terme de *projet d'accueil et d'accompagnement*, introduit par la loi du 2 janvier 2002, présente l'intérêt d'être commun à l'ensemble du secteur social et médico-social. Toutefois cette appellation est peu utilisée sur le terrain » (2008).

Ainsi, l'ANESM fait le choix d'utiliser le terme de « projet personnalisé » au lieu de « projet d'accueil et d'accompagnement ».

Dans la pratique, le projet personnalisé s'inscrit dans une large diversité sémantique : « projet individualisé », « projet personnalisé », « projet d'accueil et d'accompagnement », « projet de vie », « projet éducatif », « projet personnalisé d'accompagnement », « plan personnalisé » ... (Vercauteren, Hervy et Schaff, 2010 ; Danancier, 2011 ; Chavaroche, 2012 ; Loubat, 2019 ; Boukelal, 2020 ; Benhida, Estreguil et Clody, 2022).

Bien que ces termes puissent suggérer des différences, ils ne sont pas fondamentalement dissemblables. Le législateur de la loi 2002-2 a ainsi officialisé le projet de l'usager sans que son appellation ne soit uniformisée par les acteurs des ESMS, y compris par les auteurs d'articles ou d'ouvrage qui l'emploient.

Ce que les auteurs des recommandations de l'ANESM nomment la « confusion sémantique », Jourdy (2010) la qualifie de « méli-mélo ». Hormis le terme de projet personnalisé, plusieurs termes employés dans le secteur médico-social comportent des formes de « synonyme ». A ce titre la personne accompagnée est parfois qualifiée d'usager, de résident, de résidant, de patient, d'élève... Cela serait dû « à la variété des formes d'accompagnement dans les établissements et services médico-sociaux » (Jourdy, 2010). L'autre élément qui peut expliquer l'hétérogénéité du langage est que le secteur médico-social comporte majoritairement des associations et donc des organisations qui *a priori* jouissent d'une certaine autonomie et liberté dans leur fonctionnement (Poinsot, 2023).

Les auteurs des recommandations de l'ANESM tiennent à clarifier et justifier le choix du « projet personnalisé » car ce dernier permet de « qualifier la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie/ accompagnée (et son représentant légal) et les équipes professionnelles » (p.10). Cette « co-construction » ne peut fonctionner que s'il y a un dialogue régulier (p.16). Les auteurs complètent en soulignant que le projet personnalisé doit pouvoir traduire les besoins de l'usager en s'appuyant sur des actions (qu'ils nomment « prestations ») individuelles et collectives. Le projet personnalisé doit aussi servir à intégrer et articuler l'ensemble des disciplines professionnelles mobilisables dans le cadre de l'accompagnement. Sans exhaustivité, les disciplines de l'ordre de l'éducatif, du pédagogique et du soin sont données à titre d'exemple (p.10). Toutefois, cette volonté d'inclusion des acteurs dans l'intérêt de l'usager doit comporter une certaine vigilance. En effet, la difficulté de faire entendre la parole de l'usager

peut survenir dès lors que le nombre de professionnels se multiplie ou apparaît conséquent (p.10). Enfin, il est rappelé⁶⁷ que le projet personnalisé « figure dans le cahier des charges de l'évaluation externe ».

Introduite par la loi 2002-2 puis rappelée par l'ANESM, la démarche du projet doit alors s'opérer de façon concertée avec l'accompagné (l'utilisateur) et l'accompagnant (les professionnels) en y intégrant le cas échéant, le représentant légal.

Les RBPP nous ont permis d'identifier quatre dimensions du projet personnalisé :

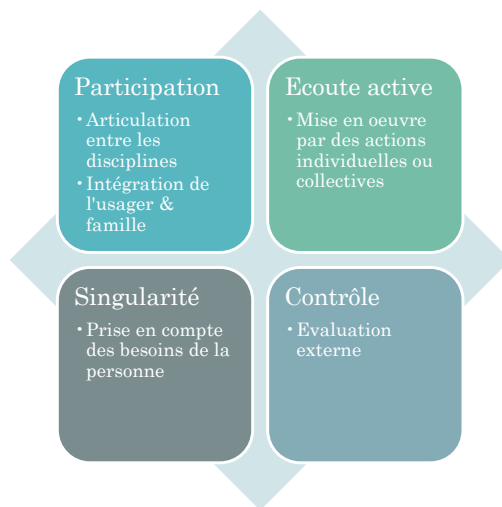


Figure 11 : Les 4 dimensions du projet personnalisé adaptées des RBPP de l'ANESM (2008)

Les RBPP soulignent que la démarche de projet se révèle opérante à travers un processus (p.1).

De plus, la formalisation du projet contribue à un socle commun, permet d'exposer tant les réflexions que les décisions, et « facilite le suivi puis l'évaluation du projet personnalisé » (p.31).

Le « coordinateur de projet » est « l'interlocuteur privilégié » des acteurs. Cela ne vise pas à diminuer la contribution des autres acteurs. Le rôle du coordinateur consiste à veiller « au déroulement des différentes phases du projet personnalisé et à la cohérence des interventions » (p.28).

Il est précisé à ce sujet que :

- ce rôle peut être assuré « par le chef de service et/ou par des professionnels de terrain » (p.28).
- le terme de « référent » est généralement utilisé dans la pratique « pour désigner les professionnels de terrain chargés du suivi et de la veille générale autour d'un nombre limité de projets personnalisés » (p.28).

⁶⁷ Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Les RBPP reconnaissent « l'expertise de la personne » accompagnée car « la personne possède une connaissance intime de sa situation, dont il est à la fois illégitime et contre-productif de se passer » (p.24). Pour cela, il apparaît nécessaire de « rechercher des formes de communications diversifiées » afin de s'adapter à la « capacité d'expression et/ou d'élaboration de la personne ». Selon la situation, cela peut être des « photos, pictogrammes. De plus, si des difficultés apparaissent, l'entourage de l'utilisateur peut s'avérer particulièrement utile pour faciliter les échanges.

Le terme « besoin » revient à dix reprises :

- La personne peut formuler une analyse de ses besoins (p.14).
- Cela est légitimé par le fait que la personne accompagnée a une connaissance approfondie d'elle-même (p.24).
- Toutefois, il est aussi relevé qu'il peut subsister des différences de perception lors de la priorisation des besoins entre les professionnels et la personne accompagnée : « des points qui paraissent importants aux yeux des professionnels sont mineurs pour la personne et vice versa » (p.24).

En outre, le projet personnalisé doit pouvoir alimenter le projet d'établissement ainsi que le fonctionnement de l'organisation. Le projet d'établissement doit également pouvoir incorporer la démarche de projet personnalisé (p.34).

2.2.3. LE PROJET PERSONNALISÉ : UNE DÉMARCHE ET UNE MÉTHODOLOGIE ?

Le projet personnalisé exigerait une technicité *transcriptionnelle* (Danancier, 2011). Il peut mobiliser des intervenants, autre que l'utilisateur (Faure, 2010) : internes, externes et familiaux. Cela signifie que l'utilisateur ne s'inscrirait pas dans un accompagnement *unidisciplinaire*. La transversalité du projet, l'investissement partagé ainsi que sa place désormais officielle renforcent une dimension contractualisante (Taglione, 2013). En outre, ce projet aboutirait à un accord négocié entre toutes les parties prenantes (Loubat, 2012b) : le référent-*opérateur du projet*, le responsable managérial-*garant de sa mise en place*, l'utilisateur-*acteur de son projet* et son entourage-*participant au projet*.

Si le projet personnalisé est considéré comme un outil de gestion pouvant faire émerger des contradictions par la diversité des acteurs, il peut aussi revêtir des représentations variées (processus, contrat, symbole, ressource stratégique) (Flachère, Nau et Salesina, 2023). De plus, la dimension pluridisciplinaire autour du projet pourrait entraver le développement de nouvelles pratiques (Flachère, Nau et Salesina, 2023).

Si le projet personnalisé fait partie d'un ensemble de projets (Ex : le projet d'établissement), la cohérence entre les projets représente un enjeu important (Deshaies, 2014). Ce projet représente une « valeur de référence » et présente un caractère « évolutif » (Deshaies, 2014). Cela témoigne de son importance et de la dynamique qui l'accompagne. De plus, la démarche de projet personnalisé peut connaître plusieurs phases.

Deshaies (2014), considère que le projet personnalisé s'inscrit dans une « démarche méthodologique ». D'après les RBPP de l'ANESM (2008), la démarche de projet personnalisé devient féconde dès lors qu'elle intègre 6 étapes que nous choisissons de résumer par le schéma ci-après :

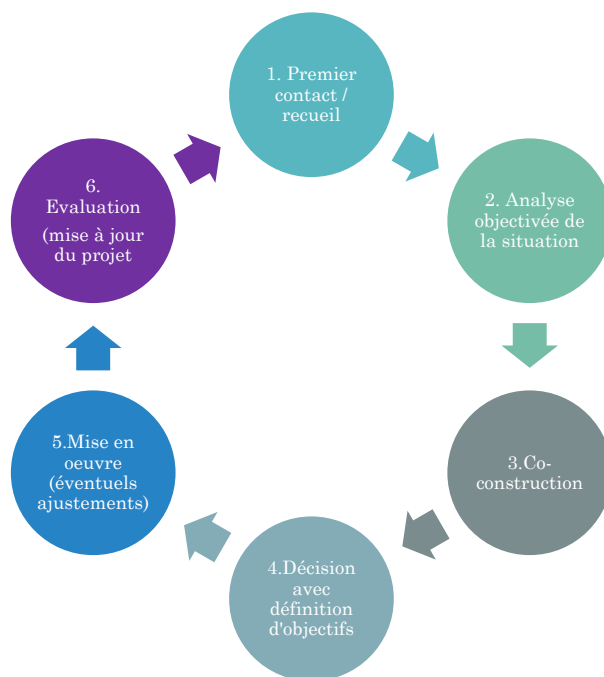


Figure 12 : Les 6 étapes de la démarche de projet personnalisé adaptées des RBPP de l'ANESM (2008)

Enfin, si la gestion de projet s'apparente à une méthodologie, elle peut aussi être comprise et analysée comme une démarche (Allard-Poesi et Perret, 2005).

SECTION 2 - LE MANAGEMENT DU PROJET PERSONNALISÉ PAR LE RÔLE DE L'OBJET-FRONTIÈRE ?

Durant les années 1980, le courant de pensée de la sociologie pragmatique se présente comme une alternative ou une critique envers les autres courants tels que la reproduction sociale (Bourdieu) et l'individualisme méthodologique (Boudon) (Barth et al., 2014 ; Lemieux, 2018). Dans ce cadre, plusieurs études empiriques ont vu le jour et qui, pour certaines, mobilisent l'ethnographie et l'anthropologie. Les trois approches théoriques que nous présentons ci-dessous s'inscrivent dans ce courant.

1. ILLUSTRER LES TENSIONS ENTRE LES ACTEURS PAR L'IDENTIFICATION DE MONDES SOCIAUX

1.1. LES MONDES SOCIAUX DE BOLTANSKI & THÉVENOT (1991)

Face à la diversité des intervenants et de leurs points de vue, le projet personnalisé peut poser un risque de cloisonnement des frontières disciplinaires (Fleury et Hert, 2003). Les travaux du sociologue Luc Boltanski et de l'économiste Laurent Thévenot en 1991 témoignent de l'identification de mondes. En ce sens, l'appartenance à un monde social conditionne les acteurs à une vision différenciée. Chaque monde est également nommé « cité ». Ils peuvent être distingués de la manière suivante : « Les cités se réfèrent aux dimensions sociales et subjectives, les mondes les articulent à la dimension matérielle » (Rougemont, 2017).

Les auteurs identifient six mondes : *industriel, marchand, civique, domestique, inspiration et opinion*. Chaque monde représente un système où s'articulent des conventions entre les individus. Des attentes partagées et réciproques constituent des repères pour les acteurs de chaque monde (Modolo, Petitjean et Côme, 2020). Ces repères apparaissent utiles car ils contribuent à l'élaboration de leurs justifications (Morinière, 2021). Chaque monde regroupe des principes communs (Bouille, Robert-Demontrond et Rémy, 2015). Le tableau ci-après présente de façon synthétique, l'ensemble des mondes sociaux⁶⁸ (Boltanski et Thévenot, 1991) :

⁶⁸ A la suite des travaux de Boltanski et Thévenot (1991), d'autres mondes sont identifiés : le monde vert ou la « cité verte » (Lafave et Thévenot, 1993) ainsi que le monde par projets (Boltanski et Chiapello, 1999).

Tableau 14 : Présentation des mondes de Boltanski et Thévenot (1991) adaptée de Boltanski et Thévenot (1991) ; Kessous (2012) ; Bouille, Robert-Demontrond et Rémy (2015) ; Rougemont (2017)

Monde social	Origine	Caractéristique	Intérêt recherché
Marchand	Jeux de rivalité <i>Adam Smith</i>	Développement d'une concurrence et de rivalités dans un but de faire augmenter les profits et de permettre aux individus de s'enrichir	POSSESSION
Civique	Volonté générale <i>Jean-Jacques Rousseau</i>	Prise en compte de l'intérêt général et du collectif	DÉLÉGATION
Opinion	L'opinion des autres <i>Thomas Hobbes</i>	Volonté de reconnaissance et de gloire	RECONNAISSANCE
Industriel	Efficacité <i>Claude-Henri de Saint-Simon</i>	Recherche d'efficacité et d'efficience	MAÎTRISE
Domestique	Position hiérarchique dans les relations personnelles <i>Jacques-Bénigne Bossuet</i>	Prise en compte d'une hiérarchie et de traditions	RESPECT
Inspiré	Grâce de l'inspiration <i>Saint Augustin</i>	Développement de l'inspiration	SINGULARITÉ

Bilodeau (1992) témoigne que les mondes coexistent. Ils s'exposent à des tensions et à des jeux de critiques mutuels (Boltanski et Thévenot, 1991). Kessous (2012) estime que « les « mondes de Boltanski et Thévenot ne décrivent pas des réalités apaisées et consensuelles ». Dans le cas du projet urbain (Mobilien), Alvarez

(2007) souligne que les intérêts divergents des mondes malgré leur appartenance à un projet commun ont conduit à l'émergence d'un conflit de valeurs. Cela a en partie entraîné le ralentissement du projet (Alvarez, 2007).

Pour remédier aux tensions inhérentes entre les mondes, plusieurs compromis sont possibles (Boltanski et Thévenot, 1991). Néanmoins, comme le rappelle Morinière (2021), les compromis sont susceptibles de s'avérer difficile car ils se révèlent fragiles et révocables.

1.2. LES MONDES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ : UN DÉCLOISONNEMENT NÉCESSAIRE

Le champ de la santé n'échappe pas à cette complexité puisqu'il réunit à son tour plusieurs mondes comme le monde médical, le monde gestionnaire et le monde politique (Nautré, Kononovich, 2014 ; Albert-Cromarias, Dos Santos et Nautré, 2018). Un établissement de santé comme l'hôpital regroupe plusieurs mondes hétérogènes (Georgescu et Ologeanu, 2019). Un blocage et des tensions entre les mondes peuvent émerger. Or, le décroisonnement des mondes apparaît nécessaire pour apporter une prise en charge globale de l'utilisateur. Cette dernière requiert une réponse globale et systémique nécessitant une bonne jonction entre les frontières de ces différents mondes.

Dans le secteur sanitaire, l'intérêt du patient est au centre des préoccupations des professionnels de santé (Sebai et Yatim, 2018), ce qui peut contribuer à une plus grande compréhension entre les acteurs appartenant à différents mondes.

Pour les organisations médico-sociales, la préoccupation commune de l'ensemble des mondes concerne l'intérêt de l'utilisateur comme l'enfant en situation de handicap. Cette volonté d'agir collectivement malgré des mondes différenciés peut provenir d'une empathie partagée (Favre et al., 2005 ; Puaud, 2012 ; Girard, Terradas et Matte-Gagné, 2014). Cette empathie se traduit par une contagion émotionnelle (Favre et al., 2005), ainsi qu'une empathie méthodologique (Puaud, 2012).

Nous avons pu voir qu'il existe une diversité de mondes sociaux. L'appartenance à un monde peut entraîner des blocages entre les acteurs lors d'un projet ou d'une action qu'ils ont en commun. Pour que les mondes puissent cohabiter et surtout leur permettre une « résilience » sans renier des possibles divergences, la traduction pourrait présenter un intérêt.

2. RÉGULER ET DÉPASSER LES TENSIONS ENTRE LES MONDES PAR LA TRADUCTION

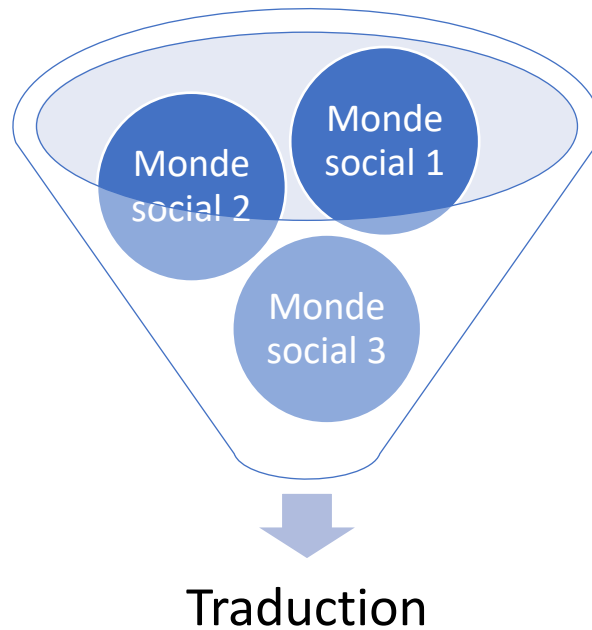


Figure 13 : Traduire des mondes. Source : Auteure

La diversité des mondes peut entraver un projet censé les réunir. Cela peut être le cas pour le projet personnalisé. C'est l'émergence de conflits qui est susceptible d'en être la cause. La régulation du blocage entre les mondes apparaît alors nécessaire. Une traduction, en contribuant à une mise en débat, peut réguler les éventuels conflits issus de l'hétérogénéité des mondes afin d'intégrer la diversité des visions et points de vue des acteurs (Durand, Baret et Krohmer, 2018 ; Georgescu et Ologeanu, 2019). Cette traduction peut s'opérer par le rôle de traducteurs, comme l'exemple du « médecin-manager » qui opère une traduction des « logiques médicales et financières » tout en étant légitime pour le faire (Georgescu et Ologeanu, 2019).

2.1. LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION : UN PROCESSUS (CALLON, LATOUR ET AKRICH, 1988)

En 1986, Michel Callon, à travers son article sur la domestication des coquilles St-Jacques définit la traduction comme un déplacement et un moyen de restituer dans son propre langage le discours des autres

acteurs. Callon (1986) affirme également que « la traduction est un processus avant d'être un résultat » (p.205). La réussite de ce processus aboutit à une compréhension mutuelle (p.204).

Considérant les deux ressources (humaines et non-humaines comme les objets), Latour (1994) expose plusieurs idées. Premièrement il considère que la condition pour que deux acteurs soient en interaction sociale est qu'« ils doivent se relier par un comportement qui implique la communication » (p. 588). La seconde idée est de prendre en considération l'individu comme acteur qui peut inciter à agir par son action : « Agir, c'est faire agir » (p.601). La troisième idée qui a retenu notre attention est que « les objets ne sont pas des moyens mais des médiateurs, au même titre que les autres actants » (p.606).

La théorie de la sociologie de la traduction ou théorie de l'acteur-réseau (ANT) a été développée⁶⁹ par Michel Callon, Bruno Latour et Madeleine Akrich (1988, 2006). Ces trois chercheurs considèrent que les démarches d'innovation passent par un processus de traduction composé de plusieurs phases. En s'appuyant sur plusieurs travaux, nous synthétisons le processus par le schéma ci-après en précisant les principales caractéristiques de chaque phase :

⁶⁹ Leur premier ouvrage (1988) tend à exposer les textes fondateurs de cette théorie. Il regroupe les travaux traitant de la ST des trois auteurs de 1981 à 2001. Toutefois, il convient de préciser que d'autres chercheurs s'y ont intéressés et sont cités dans l'ouvrage. C'est le cas notamment pour John Law qui a également contribué de façon importante à cette théorie.



Figure 14 : Synthèse du modèle de processus de la sociologie de la traduction adaptée de Dervaux, Pichault, Renier (2011) ; Durand, Baret et Krohmer (2018) ; Alphonse-Tilloy et Devienne (2020)

D'après Anton et al. (2021), le processus de traduction vise à co-construire du sens en permettant aux acteurs de traduire leurs positions. Bien que la traduction s'apparente d'abord à « un processus avant d'être un résultat » (Callon, 1986, p.205), elle n'en demeure pas pour autant linéaire notamment dans la « constitution du réseau d'acteurs » (Durand, Baret et Krohmer, 2018). La traduction s'expose à des controverses, définies comme « des concurrences entre les différents actants qui ont des points de vue divergents concernant le projet » (Durand, Baret et Krohmer, 2018).

2.2. LE RÔLE DES TRADUCTEURS

La sociologie de la traduction (ST) implique la présence de traducteurs.

Selon Lemaire et Nobre (2014), le traducteur dispose de trois caractéristiques :

- La capacité d'attribution d'un rôle auprès des acteurs pour les inciter à participer ;
- La légitimité pour être accepté ;
- Le souci de vigilance auprès des acteurs pour garantir la transparence et maintenir la confiance.

Les auteurs soutiennent également que : « Latour souligne d'ailleurs que le pas peut être vite franchi entre l'attitude du traduttore (traducteur) et celle du traditore (traître) ».

De plus, les traducteurs peuvent être des ressources internes ou externes à l'organisation. Le « recrutement » interne d'un traducteur n'est pas toujours possible. Pour y remédier, les organisations ont la possibilité de recourir à un ou plusieurs traducteurs externes à l'organisation. (Dervaux, Pichault et Renier, 2011).

2.3. LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ

La sociologie de la traduction vise à élucider certains phénomènes. Elle est particulièrement utilisée dans les études portant sur le champ de la santé, notamment en tant que :

- grille d'intervention pour participer au processus de traduction ;
- méthode de conduite du changement ;
- grille de lecture pour comprendre ce processus.

Nous pouvons donner l'exemple des travaux de Chakor (2020). L'auteur perçoit un « renversement stratégique » et une « traduction empêchée ». Il s'interroge sur « la dynamique d'appropriation des outils et dispositifs gestionnaires, depuis leur conception jusqu'à leur usage et leur(s) détournement(s) éventuel(s).

Les analyses et interrogations se poursuivent au sein d'autres études telles que celle de Durand, Baret et Krohmer (2018) où le traducteur peut faire face un dilemme lors du processus : rigidifier ou adapter ? Doit-il devenir ambidextre ?

Lorsque la ST est investie dans les recherches qui portent dans le champ de la santé, elle s'intéresse à plusieurs formes d'organisations (hôpital, établissement médico-social...) mais aussi à plusieurs types de projet (prévention, gestion des risques).

Le tableau ci-après illustre quelques travaux dans le champ de la santé qui mobilisent le modèle de processus de la ST :

Tableau 15 : Les travaux de la sociologie de la traduction appliqués au champ de la santé adaptés de Dervaux, Pichault et Renier (2011) ; Boiteau et Baret (2017) ; Durand, Baret et Krohmer (2018) ; Chakor (2020) et Hurstel (2020)

Thème étudié	Organisation / Contexte	Auteur
Démarche de professionnalisation de gestion des ressources humaines (GRH)	Établissement de santé public (hôpital)	Dervaux, Pichault et Renier (2011)
Contenu d'une expertise autour des risques psychosociaux	Établissement de santé privé (clinique)	Chakor (2020)
Projet de prévention des risques psychosociaux	Établissement de santé public (hôpital)	Durand, Baret et Krohmer (2018)
Projet de prévention en santé	Établissement scolaire	Hurstel (2020)
Projet de promotion du bien-être	Établissement de santé (hôpital psychiatrique)	Boiteau et Baret (2017)

Nous pouvons remarquer que ces travaux mobilisent principalement comme terrain le milieu hospitalier et concerne plutôt des projets en lien avec le bien-être au travail et la prévention.

2.4. LE LIEN ENTRE LA TRADUCTION ET L'OUTIL

La traduction peut également mobiliser des outils pour faire participer les acteurs. Ils sont identifiés comme des « objets-frontières », notamment lors de la phase d'intéressement (Durand, Baret et Krohmer, 2018).

D'après Hurstel (2020), la ST et les outils de gestion poursuivent deux objectifs communs : l'appropriation et l'action collective. Pour cela, l'auteure s'appuie sur les travaux sur les outils de gestion à partir de trois auteurs : Hatchuel, 2005 ; De Vaujany, 2006 et Grimand, 2012. Elle souligne le rôle important de l'acteur.

Ce dernier a un rôle à jouer par sa capacité à s'appropriier l'instrument et à favoriser l'action collective (Hurstel, 2020).

L'outil peut jouer un rôle important lorsqu'il fait converger les acteurs vers un langage partagé (Dervaux, Pichault et Renier, 2011). Pour cela, il doit pouvoir remplir au moins deux caractéristiques : la transversalité et l'intégration des processus (Dervaux, Pichault et Renier, 2011). En outre, l'intégration des besoins des usagers au sein de l'outil peut entretenir le rapprochement des points de vue (Dervaux, Pichault et Renier, 2011).

2.5. LA TRADUCTION EN DONNANT UNE « VOIX » À L'USAGER

La loi 2002-2 ainsi que les recommandations de l'ANESM mettaient en lumière l'importance d'impliquer l'utilisateur et son représentant légal. Dans le cadre de l'étude menée par Hurstel (2020), la ST a révélé qu'un projet suggère d'impliquer l'utilisateur (l'élève - lycéen) et de comprendre ses besoins.

Dans l'étude, la place de l'utilisateur est étudiée : sera-t-il acteur du projet ?

L'auteure révèle l'importance d'informer les utilisateurs, destinataires du projet afin qu'ils se l'approprient. Le projet doit aussi répondre aux critères des utilisateurs. Cinq critères sont identifiés par l'auteure :

- La confiance ;
- L'écoute ;
- Le secret professionnel ;
- L'absence de jugement ;
- L'expertise / L'expérience.

L'étude menée a montré que la place laissée aux utilisateurs n'a pas été suffisante, conséquente et priorisée, car en l'occurrence, un temps de parole ne leur était pas donné. L'auteure souligne que la mobilisation des acteurs n'était pas équilibrée étant donné que certains acteurs s'exprimaient à la place des utilisateurs. Une attention particulière semble alors de mise pour informer les utilisateurs puis recueillir leur point de vue. Le rôle joué par les acteurs qui innovent peut entraver la co-construction lorsque les utilisateurs ne sont pas associés aux échanges. Ainsi, la ST dans ce cas n'a pas pu être complètement appliquée voire a été « compromise car un acteur a été oublié » (Hurstel, 2020).

L'élaboration d'un projet nécessite de réfléchir la composition du groupe d'acteurs que l'on souhaite mobiliser, les parties prenantes. Or, si le principal destinataire du projet, l'utilisateur du projet, n'est pas inclus

dès le démarrage, c'est-à-dire lors de la conception, la pré-appropriation peut en être freinée. Impliquer les usagers en tant que concepteurs peut amener un développement de leur engagement (Hurstel, 2020). La ST implique une « alliance » et un consensus entre les acteurs.

2.6. LES LIMITES DE LA TRADUCTION

Les travaux d'Alvarez (2007) soulignaient les visions divergentes (locale *versus* régionale) et le conflit de valeurs portés par les acteurs lors du projet du transport urbain « Le Mobilien ». Selon Durand, Baret et Krohmer (2018), le caractère rigide de ce projet a entravé les opérations de traduction, ce qui a conduit à une difficulté d'appropriation par les « acteurs locaux ». Cela signifie que l'adaptabilité du projet au démarrage apparaît nécessaire pour faciliter les opérations de traduction.

Durand, Baret et Krohmer (2018) identifient d'autres facteurs qui ont entravé la démarche de traduction. Parmi eux, la traduction peut s'entériner à force d'être utilisée. Elle peut devenir un frein en dénaturant l'objectif de départ.

Il peut y avoir des positionnements différents, entre le traducteur qui a un pouvoir hiérarchique et celui qui ne l'a pas (subordonné, externe...). Pour Durand, Baret et Krohmer (2018), la difficulté réside dans la gestion des pouvoirs. En effet, la prédominance du professionnel avec un pouvoir hiérarchique peut dominer lors du projet malgré la présence de traducteurs sans pouvoir hiérarchique.

Les établissements hospitaliers doivent appliquer diverses réglementations. Cependant, l'application peut s'avérer difficile.

Si la réglementation est appliquée par les acteurs comme une injonction, elle ne favoriserait pas la « co-construction ». De plus, la spécificité organisationnelle de l'hôpital en tant que bureaucratie professionnelle s'expose à des jeux de pouvoir plus implicite qu'explicite (car la hiérarchie n'est pas aussi visible que dans d'autres organisations), le niveau de formation par la fonction (médecin...) et le statut (cadre supérieur, chef de service...) représente une légitimation du rôle mais peut complexifier la mise en place d'une co-construction.

Pour terminer, les études qui traitent de la sociologie de traduction développée par Callon, Latour et Akrich (1988, 2006) reprennent généralement le processus comprenant l'ensemble des phases. Cependant, en dehors de ce contexte processuel, le rôle de la traduction, du traducteur, de l'acteur-réseau ou du « porte-parole » semble moins exploré. Il nous apparaît important de s'y intéresser en profondeur. Existe-t-il

d'autres processus que celui porté de la sociologie de la traduction, dans lesquels la traduction peut s'opérer ?

3. DÉCLOISONNER, INTÉGRER ET TRADUIRE LES MONDES PAR UNE BASE COMMUNE : L'OBJET-FRONTIÈRE

Au regard des deux approches théoriques (mondes sociaux et traduction), quel rôle peut jouer le projet personnalisé ? Le projet personnalisé, tel qu'il a été introduit dans le secteur médico-social, vise à intégrer une diversité de parties prenantes (usager, famille, professionnels...). Si l'on identifie ces acteurs comme des individus appartenant à des mondes sociaux différents, cela peut faire émerger des conflits. Pour dépasser les tensions, le rôle de la traduction pourrait permettre d'intégrer les différents mondes. Mais les mondes ont besoin d'une base commune afin d'illustrer cette traduction. C'est l'un des rôles de l'objet-frontière. En ce sens, le projet personnalisé pourrait correspondre à un rôle d'objet-frontière pour permettre de réunir, traduire et d'intégrer les mondes.

3.1. L'OUTIL CONVIVAL DE ILLICH (1973) : UN PRÉCURSEUR DE L'OBJET-FRONTIÈRE ?

Nous avons présenté en première partie l'outil convivial (OC) développé par Illich (1973).

Les travaux fondateurs de l'outil convivial (1973) précèdent historiquement de plus de quinze ans ceux de l'objet-frontière (1989). Toutefois, certaines caractéristiques apparaissent communes bien qu'elles ne soient pas identifiées de la même façon.

- 1) Si l'outil convivial ne nécessite pas de prérequis (tels que le diplôme ou la formation) à son utilisation, tout le monde peut alors s'en saisir. L'outil se veut accessible (Illich, 1973 ; Glémain, 2017). Pour l'objet-frontière, il est accessible dès lors qu'il devient flexible pour intégrer des acteurs issus de mondes sociaux différents (Star et Griesemer, 1989).
- 2) La liberté de chacun à s'en saisir signifie que l'outil peut être convivial car il n'est pas aliénant. Son usage est libre (Illich, 1973 ; Glémain, 2017). L'objet-frontière ne vise pas non plus à imposer le point de vue de l'un au détriment des autres (Star et Griesemer, 1989).

- 3) L’outil convivial cherche à autonomiser l’individu (Illich, 1973 ; Gomez, 2022). L’objet-frontière cherche à développer l’autonomie des mondes sociaux car les acteurs sont perçus à travers les mondes (Star et Griesemer, 1989 ; Trompette et Vinck, 2009).
- 4) La convivialité à travers l’outil se traduit par une relation conviviale entre les individus, notamment par le don spontané (Illich, 1973). L’objet-frontière tend à faire communiquer les mondes pour qu’ils puissent se comprendre (Star et Griesemer, 1989 ; Trompette et Vinck, 2009).
- 5) Pour Illich (1973), l’outil aide à traduire une intentionnalité, tandis que pour Star et Griesemer (1989), il aide à traduire les mondes sociaux.
- 6) L’outil devient convivial lorsque l’individu le maîtrise (Illich, 1973). C’est l’acteur individuel qui régule son usage. Il devient un objet-frontière lorsqu’il y a une traduction des mondes par la collaboration et un usage commun (Star et Griesemer, 1989). La régulation apparaît davantage collective.

Le tableau ci-après propose une synthèse des six caractéristiques communes entre l’outil convivial et l’objet-frontière :

Tableau 16 : Caractéristiques communes entre l'outil convivial d'Illich (1973) et l'objet-frontière de Star et Griesemer (1989) adaptées de plusieurs travaux (Outil convivial : Illich, 1973 ; Glémain, 2017. Objet-frontière : Star et Griesemer, 1989 ; Trompette et Vinck, 2009 ; Gomez, 2022)

Caractéristiques communes		
	Outil convivial (Illich, 1973)	Objet-frontière (Star et Griesemer, 1989)
1	Libre usage (non aliénant)	Libre usage (non coercitif)
2	Accessible par l’absence de prérequis	Accessible par la flexibilité
3	Autonomisation des individus	Autonomisation des mondes sociaux
4	Convivialité	Communication
5	Aide à la traduction de l’intentionnalité	Aide à la traduction des mondes sociaux
6	Régulation (individuelle)	Régulation (collective)

3.2. L'OBJET-FRONTIÈRE DE STAR & GRIESEMER (1989)

3.2.1. DU PROLONGEMENT DE LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION...

La notion de « *boundary object* », traduite par objet-frontière a été introduite au sein de l'article de Star et Griesemer en 1989 intitulé : « Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology » que nous pourrions traduire en français par : « Écologie institutionnelle, 'traductions' et objets-frontières : amateurs et professionnels du Musée de zoologie des vertébrés de Berkeley ».

Leur article s'inscrit dans le prolongement des travaux de la sociologie de la traduction notamment sur la phase d'intéressement en citant les travaux de Callon, Latour et Law⁷⁰. Star et Griesemer (1989) proposent une nouvelle contribution. Ils considèrent que la traduction peut s'opérer à travers la présence d'objets-frontières. Pour cela, ils prennent le cas d'un musée d'histoire naturelle : le musée de zoologie des vertébrés de l'Université de Berkeley, en Californie (États-Unis). Le musée réunit des acteurs issus de mondes sociaux différents (administrateurs, amateurs, scientifiques...). Les auteurs soulèvent alors la question suivante : « how do heterogeneity and cooperation coexist, and with what consequences for managing information ? » que nous traduirons par : « comment cohabitent hétérogénéité et coopération, et avec quelles conséquences sur la gestion de l'information ? »

Dès les premières pages (p.389-390), les fondateurs de l'objet-frontière reprennent la phase d'intéressement de la ST investiguée par Callon-Latour-Law. Le rôle du traducteur consiste à :

- recruter des participants (ce que Latour appellera des alliés) issus de divers endroits ;
- réinterpréter les points de vue de ces acteurs pour répondre à leurs préoccupations et devenir ainsi des gardiens des « points de passage obligés » (Law, 1987). Il s'agit de la phase d'intéressement. Cette phase de la traduction devrait permettre le passage des préoccupations « non-scientifiques » en « scientifiques », grâce au rôle du manager / « l'entrepreneur scientifique ».

Or, les auteurs (1989) montrent que les entrepreneurs peuvent être issus de mondes sociaux différents et qu'ils tentent de mener des traductions simultanément. Selon les auteurs, le traducteur quel que soit le monde auquel il appartient doit avoir le souci de répondre aux préoccupations des autres mondes. Ainsi le

⁷⁰ Star et Griesemer (1989) citent dans leurs notes les travaux de Callon et Law (1982), Law (1987), Callon (1985), Latour (1988)

traducteur garantit les intérêts des participants afin de les retenir comme alliés. Également, la phase d'intéressement peut prendre des directions hétérogènes. Ainsi, cela pose la question de la cohérence des traductions menées. En ce sens, la traduction ne peut se baser sur un seul point de vue mais plutôt en intégrer plusieurs et veiller à sa compréhension.

3.2.2. ...A LA CONTRIBUTION ORIGINALE DE L'OBJET-FRONTIÈRE

Les auteurs expliquent que l'écologie, contrairement à d'autres domaines, apparaît accessible aux amateurs ou novices sur le sujet sans qu'ils n'aient forcément un point de vue moins pertinent que les professionnels. Ils s'appuient sur les travaux de Latour (1979, 1987, 1988) en montrant l'importance du flux d'objets – « the *flow of objects* » (p.389) à travers le réseau d'acteurs (alliés).

Ils affirment également qu'ils se différencient du modèle d'intéressement de « Callon-Latour-Law ». Pour cela, ils rappellent les points de passage obligés représentés généralement par le manager / le scientifique entrepreneur. Ces points de passage sont identifiables par une forme d'entonnoir (schématisé par des triangles sur leur figure 1) qui, à travers des opérations de traduction conduisent à une alliance des participants.

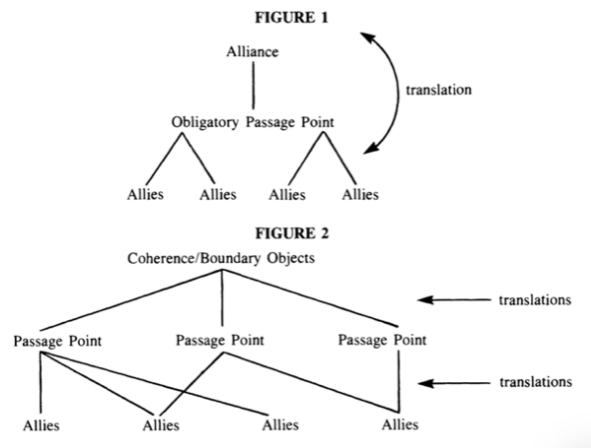


Figure 15 : Deux approches de la traduction. Source : Star et Griesemer (1989)

Or la contribution de Star et Griesemer (1989) tend à montrer une approche plus précise et moins linéaire (au sens processuel) de la traduction, à travers les objets frontières. Dans la première figure, un groupe d'alliés se dirige vers un seul point de passage obligé. Le processus de traduction apparaît déterminé où le but final est d'aboutir à une alliance. Dans la seconde figure, il y a une diversité de mécanismes de traductions : un groupe d'alliés se dirige vers un point de passage d'un autre groupe. Cela se termine par

une mise en cohérence de l'ensemble des traductions en mobilisant des objets-frontières. Les auteurs expliquent que cette mise en cohérence est surtout liée à la coexistence des efforts des entrepreneurs issus de mondes sociaux hétérogènes, et ce quel que soit le processus. C'est pour cette raison qu'ils considèrent que la traduction n'est pas déterminée, les entrepreneurs peuvent exercer leurs rôles aux points de passage de façons multiples et variées. C'est ainsi que la mise en cohérence des traductions peut alors s'avérer variée.

La première thèse (figure 1) met en lumière que la traduction passe par un processus d'apparence verticale et linéaire qui aboutit à une alliance des participants. La seconde thèse (figure 2) expose une dynamique horizontale et décloisonnée. Elle met l'accent sur la mise en cohérence des traductions par l'objet-frontière.

Les travaux sur la sociologie de la traduction de Callon-Law-Latour ne mettent en lumière « qu'un seul mode de traduction, le « leader » imposant par le biais de « passages de points obligés » sa seule vision stratégique » (Nautré et Kononovich, 2014). Les fondateurs de l'objet-frontière remettent en question cette thèse, par une « lecture asymétrique des opérations de traduction » (Trompette et Vinck, 2009). La contribution de Star et Griesemer à travers l'objet-frontière témoigne que plusieurs processus de traduction sont possibles (Nautré et Kononovich, 2014). De plus, les fondateurs de l'objet-frontière proposent « une approche plus écologique de la situation ne privilégiant aucun des points de vue en présence et prenant en compte la coexistence de plusieurs processus de traduction dont la cohérence d'ensemble constitue le nœud du problème » (Trompette et Vinck, 2009).

3.2.3. UN « PONT » ENTRE LES MONDES

Star et Griesemer affirment que le travail mené au musée englobe plusieurs mondes sociaux différents. Pour l'illustrer, ils présentent et analysent des visions et points de vue de différents acteurs qu'ils considèrent appartenant à des mondes sociaux (collectionneurs amateurs, administrateurs, trappeurs qui étaient d'ailleurs en lien avec les collectionneurs...).

Près de 9 catégories d'acteurs issus de mondes sociaux hétérogènes sont identifiées dont : des naturalistes amateurs, des biologistes professionnels, le grand public, des philanthropes, des environmentalistes, des administrateurs universitaires, des préparateurs et des taxidermistes, et même les animaux qui devinrent les spécimens de recherche.

Les auteurs montrent que l'objet-frontière, comme l'exemple d'un protocole, fait le lien entre les mondes sociaux. Ils précisent qu'il représente un pont entre les visions de chaque monde, même de façon

temporaire. Il ne s'agit pas non plus d'un objet coercitif en imposant le point de vue de chaque monde à l'autre mais de les faire collaborer ensemble en ayant un objet pour faire le lien.

Chaque monde doit pouvoir se reconnaître au sein l'objet-frontière. En ce sens, l'objet-frontière représente « un support multi point de vue » (Grenier, 2004).

De plus, il doit être « suffisamment souple pour s'adapter aux besoins et contraintes spécifiques de chacun de ces mondes » (Trompette et Vinck, 2009). Les objets-frontières visent à « maximiser à la fois l'autonomie de ces mondes sociaux et la communication entre eux » (Trompette et Vinck, 2009).

Trompette et Vinck (2009) reprennent les travaux de Star et Griesemer (1989) et explicitent le contexte de l'étude où il est question de savoir comment concilier la « diversité des mondes sociaux » tout en permettant des « compréhensions communes ». Ils rappellent que les acteurs bien qu'issus de mondes sociaux différents réussissent à aller jusqu'au bout du projet (Musée de Zoologie). Les acteurs disposent d'objectifs communs, et arrivent à s'accorder autour d'objets communs. Les auteurs observent que Susan Star considère que « les objets d'études sont mouvants et constamment renégociés entre mondes sociaux » (Trompette et Vinck, 2009).

3.2.4. LES TYPES D'OBJET-FRONTIÈRE

Star et Griesemer (1989) identifient quatre types d'objet-frontière (p.410-411) :

- Le répertoire ;
- L'idéal-type ;
- L'enveloppe ;
- Le format standard.

De nombreux auteurs dont Briers et Chua (2001), Rocher (2008) ou encore Baille (2015) reprennent les quatre catégories d'objet-frontière identifiés par Star et Griesemer (1989).

Nous les présentons sous la forme de sous-partie. Un tableau de synthèse est également présenté.

➤ LE RÉPERTOIRE

Le répertoire vise à être accessible et organisé :

- Il référence ou répertorie plusieurs objets qui sont classés de façon standardisée ;
- Les deux exemples donnés sont la bibliothèque et le musée ;
- Cet objet-frontière peut être apprécié par sa modularité. La personne peut extraire une information du répertoire sans avoir de négocier au préalable.

➤ L'IDÉAL-TYPE

L'idéal-type est un objet-frontière qui se trouve suffisamment large pour permettre d'inclure les spécificités locales :

- Il se caractérise par son abstraction et qui est suffisamment vague ou large pour s'adapter à un niveau local ;
- Son intérêt est d'être utilisé comme un moyen de communication et coopération symbolique, une feuille de route « assez bonne » pour les toutes les parties prenantes ;
- L'exemple donné est le terme « espèce » car il ne décrit pas les types d'espèces mais qui intègrent des données théoriques et concrètes. Il sert de moyen de communication entre les mondes. Tout le monde peut le comprendre et l'adapter ;
- Ce type d'objet conduit à l'effacement de spécificités locales de l'objet commun ;
- Il peut être apprécié par son adaptabilité.

➤ L'ENVELOPPE

L'enveloppe peut différer par son contenu (fond) mais qui disposent des mêmes frontières (forme) :

- Il s'agit d'un objet courant qui a des frontières communes mais des contenus internes différents ;
- Ce type d'objet émerge lorsque le travail est effectué sur des zones géographiques différentes ;
- Le travail peut être mené en autonomie par les acteurs issus de différents sites mais disposent d'un objet commun ;
- Il peut être apprécié par sa capacité à atteindre différents objectifs ;
- L'exemple donné est la création de l'État de Californie comme objet-frontière pour les travailleurs du musée. Les cartes créées par des acteurs appartenant à deux mondes sociaux différents (collectionneurs amateurs et défenseurs de l'environnement) ressemblaient à des cartes accessibles

car elles étaient familières et traditionnelles. Les cartes créées par un autre type d'acteur (biologistes professionnels) partagent le même schéma de l'état avec les mêmes frontières géopolitiques.

➤ LE FORMAT STANDARD

Le format standard est un objet qui permet d'être transporté de lieu en lieu :

- Dans l'étude, il vise à communiquer entre les groupes de travail dispersés. Lorsque ceux qui travaillent ont des localisations différentes, une méthode standardisée pour fluidifier la communication apparaît nécessaire :
 - « *Les biologistes professionnels ont convaincu les collectionneurs amateurs, pour la plupart, de respecter ces conventions - par exemple, de préciser clairement l'habitat et l'heure de capture d'un spécimen dans un carnet de format standard* » (p.406)⁷¹.
- L'exemple donné est un formulaire à remplir par les collectionneurs amateurs. Cela permet de réaliser un recensement standardisé et d'éliminer « le flou ».
- D'après les auteurs, c'est ce que Latour aurait pu appeler « des mobiles immuables » c'est-à-dire qui peuvent être transportés sur une longue distance et transmettre une information qui ne changera pas.
- L'objet peut être apprécié pour l'information standardisée, certaine ou inchangée qu'il produira (les incertitudes locales sont supprimées).

Le tableau ci-après présente une synthèse des quatre types d'objet-frontière :

⁷¹ Il s'agit d'une traduction française de l'extrait suivant : « *The professional biologists convinced the amateur collectors, for the most part, to adhere to these conventions- for example, to clearly specify the habitat and time of capture of a specimen in a standard format note book* » (Star et Griesemer, 1989, p.406).

Tableau 17 : Synthèse des quatre catégories d'objet-frontière de Star et Griesemer (1989) adaptée de Star et Griesemer (1989), Briers et Chua (2001), Rocher (2008) et Baille (2015)

Type d'objet-frontière	Caractéristique	Intérêts	Exemple
Répertoire	Bibliothèque, collection, base de données	Modularité Accessibilité	La bibliothèque Le musée
Idéal-type	Modèle général mais adaptable par les acteurs	Abstraction Adaptabilité Inclusivité	Le terme « espèce »
Enveloppe	Objet aux frontières communes	Polyvalence	Les cartes de la Californie
Format standard	Méthodes standards	Standardisation Mobilité	Le formulaire à compléter au sein de différentes localisations

3.3. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OBJET-FRONTIÈRE

Pour Star et Griesemer (1989), les objets-frontières peuvent se reconnaître car :

- Ils peuvent être abstraits ou concrets ;
- Tout l'enjeu réside dans le fait de trouver le juste équilibre entre la robustesse de l'objet pour conserver une traduction commune et la plasticité pour intégrer les spécificités des différents mondes sociaux. L'objet-frontière ne doit être ni trop large, ni trop précis ;
- Ils sont peu structurés dans l'usage commun et très structuré dans l'usage individuel ;
- Ils peuvent comporter des significations différentes selon chaque monde social mais la structure est suffisamment commune à plus d'un monde que les acteurs peuvent s'y reconnaître ;
- Ils forment un moyen de traduction.

3.4. LES INTÉRÊTS ET APPORTS DE L'OBJET-FRONTIÈRE

Lorsque les acteurs issus de mondes sociaux multiples sont amenés à se croiser, ils peuvent créer des objets. Les objets-frontières sont habités par ces mondes. Ils peuvent avoir des représentations, interprétations et significations différentes pour les acteurs mais permettre une certaine cohérence. Cela s'explique en partie par la standardisation des méthodes.

L'intérêt de l'objet-frontière consiste à concilier les différentes interprétations et points de vue sans qu'un consensus ne soit nécessaire pour y parvenir.

Le travail de traduction au sein du musée a consisté à créer des objets abstraits (comme une liste qui recense les différentes espèces) à partir d'objets concrets et conventionnels / familiers (comme des spécimens). Les auteurs soulignent qu'une série de cartographies / cartes de plus en plus abstraites sont créées afin de relier les objets entre eux.

En somme, selon Star et Griesemer (1989), les objets-frontières interviennent comme des médiateurs entre les mondes tout en faisant émerger des possibles négociations ou d'éventuels efforts de persuasions (par exemple les biologistes qui persuadent les collectionneurs amateurs à adopter un outil). L'art de convaincre devient alors un des arcs de négociation des entrepreneurs pour inciter les acteurs.

La fin de l'article souligne qu'au fur et à mesure du travail mené par les scientifiques auprès des autres acteurs issus de mondes sociaux variés, une standardisation progressive des objets-frontières servant de médiateurs entre les mondes, a lieu. Les auteurs l'expliquent par la standardisation des méthodes de collecte et de préparation. C'est ainsi que plusieurs protocoles se dessinent, tout en précisant qu'il s'agit de médiateurs et non d'objets coercitifs, sinon, cela ne peut fonctionner.

En ouverture, les auteurs suggèrent que le musée s'avère un « modèle de traitement de l'information »⁷², où les acteurs apportent des réponses à des « problèmes de complexité, de préservation et de coordination »⁷³.

Dans le cadre du projet personnalisé appliqué au secteur médico-social, l'objet-frontière peut présenter un intérêt.

⁷² Traduction française de : « *a model of information processing* »

⁷³ Traduction française de : « *problems of complexity, preservation and coordination* »

Au vu des impératifs politiques, il est attendu que les acteurs, professionnels ou non, du projet personnalisé réussissent à « se coordonner malgré leurs points de vue différents », « se comprendre » et « travailler ensemble » en maintenant la « pluralité de points de vue » (Trompette et Vinck, 2009).

Pour Lancini et Sempieri-Teissier (2012), l'objet-frontière poursuit deux objectifs. Le premier consiste à aller au-delà des « frontières intra et inter-organisationnelles ». Le second repose sur la « coordination et la coopération » intergroupe en tenant compte des spécificités de chaque groupe. L'objet-frontière se distingue alors d'un simple objet par l'engagement d'une double dynamique : « la flexibilité » et « la structure partagée » (Leigh Star, 2010). La pluridisciplinarité et la diversité des avis influenceraient les acteurs à passer par des jeux de négociation (Leigh Star, 2010).

Pour Wenger (2000), l'objet-frontière se caractérise par son abstraction, sa polyvalence, sa modularité et sa standardisation. Domingo et al. (2015) considèrent que l'objet-frontière permet une réponse à la question suivante : « comment faire coexister coopération et hétérogénéité ? ».

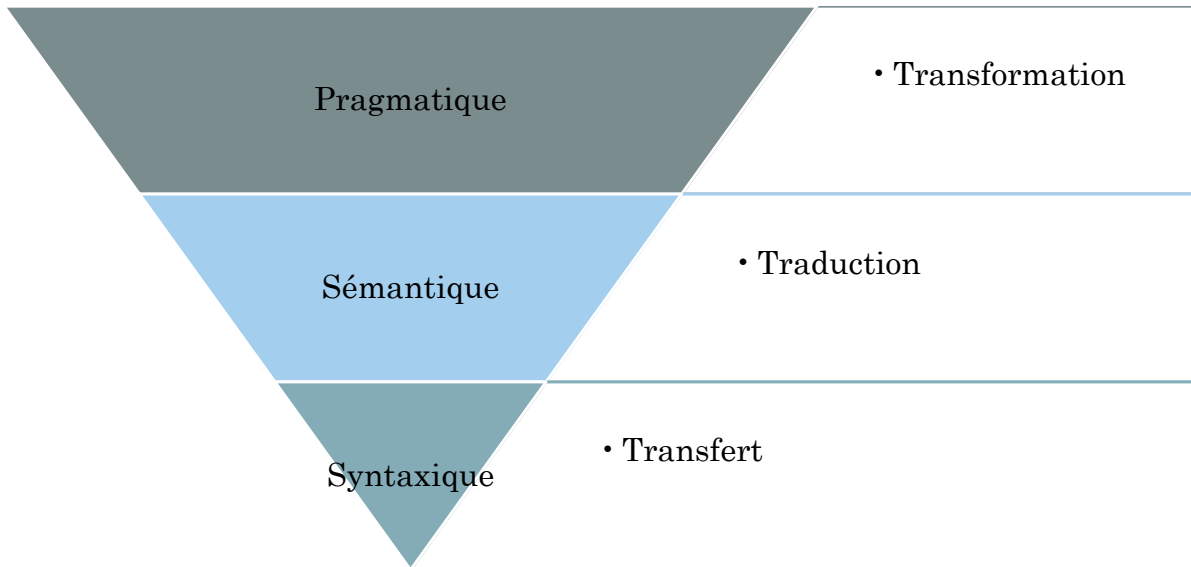
Selon Ramone-Louis et Buthion (2016), l'objet-frontière se distingue des autres objets par sa flexibilité interprétative. Il représente un « support de traduction d'un dispositif d'intégration des savoirs et une médiation dans les processus de coordination d'intervenants experts et non-experts » (Ramone-Louis et Buthion, 2016).

L'intérêt de l'objet-frontière est de permettre de décloisonner les mondes en permettant un dialogue (Nautré et Kononovich (2014). Ce dialogue attendu comporte trois registres : syntaxique, sémantique et pragmatique (Carlile, 2004). L'objet-frontière doit supporter ces trois registres (Nautré et Kononovich, 2014).

⇒ D'où proviennent ces trois registres ?

Carlile (2004) mobilise la méthode de Shannon et Weaver (1949) afin de décrire trois niveaux de complexité en matière de communication : syntaxique, sémantique et pragmatique. La figure 16 témoigne des trois frontières et des trois processus que cela implique :

Figure 16 : Trois registres de communication, extraits de Carlile (2004, p.558) et traduits par l'auteur



Carlile (2004) considère que chaque registre correspond à un processus. La frontière syntaxique passe par un processus de transfert d'informations. Pour cela, elle nécessite un lexique commun. La frontière sémantique mobilise un processus de traduction des connaissances et savoirs. La frontière pragmatique intègre un processus de transformation des connaissances. Carlile (2004) précise que les frontières comme les processus sont de plus en plus complexes.

La littérature permet d'explicitier ces trois niveaux de registre (Star et Griesemer, 1989 ; Carlile, 2004 ; Grenier, 2006 ; Trompette et Vinck, 2009 ; Nautré et Kononovich, 2014).

Le registre syntaxique correspond au premier niveau de complexité. Dans ce premier registre, les acteurs peuvent se comprendre car les mots ou terminologies employés sont suffisamment larges pour intégrer les représentations et spécificités des mondes sociaux. Lors du second registre, le registre sémantique, les spécificités des mondes sociaux ne permettent plus une compréhension immédiate ou instantanée, elle devient progressive car les connaissances qui circulent doivent être traduites. Cela relève d'un apprentissage mutuel, les acteurs font l'effort de se comprendre malgré les spécificités liées à leur monde. Ils trouvent des significations communes. Enfin, le dernier registre qui correspond au registre pragmatique correspond à une compréhension active. Les acteurs se comprennent par l'action ou les actions qui en découlent. Ils sont susceptibles de modifier leur propre croyance ou pratique. La compréhension se concrétise par des changements. Cela nécessite de trouver des intérêts communs.

Le tableau 18 synthétise les propriétés de chaque registre, le type de compréhension induit ainsi que la gestion des connaissances :

Tableau 18 : Synthèse des caractéristiques des trois registres de dialogue et de coordination de l'objet-frontière de Carlile (2004) et adaptée de Star et Griesemer (1989) ; Carlile (2004), Grenier (2006) ; Trompette et Vinck (2009) ; Nautré et Kononovich (2014)

	Propriétés	Type de compréhension	Gestion des connaissances
Registre syntaxique	Transfert de mots, formats et terminologies	Compréhension rapide entre les acteurs par un langage commun <i>Exemples :</i> <i>Espèce (Star et Griesemer, 1989) ;</i> <i>Personne âgée (Grenier, 2004)</i>	Les connaissances sont transmises
Registre sémantique	Apprentissage mutuel	Compréhension progressive par la traduction	Les connaissances sont traduites
Registre pragmatique	Évolution et changement des savoirs, croyances et pratiques	Compréhension active par la transformation	Les connaissances sont transformées

L'étude ethnographique de Star et Griesemer (1989) a mis en lumière la coordination du travail scientifique (Trompette et Vinck, 2009). Elle a montré que le développement d'objet-frontière représente un moyen de gérer la diversité des points de vue et la coopération des acteurs. L'objet-frontière constitue alors un outil pour satisfaire les acteurs, notamment en tenant compte de leurs préoccupations plus ou moins contradictoires. En outre, l'objet-frontière a pour intérêt de répondre aux besoins des acteurs.

3.5. L'OBJET-FRONTIÈRE DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ

Depuis le début des années 2000, les chercheurs en sciences de gestion reconnaissent la présence d'objets-frontières dans le champ de la santé et appliqués au contexte français. L'objet-frontière y occupe des rôles variés. Il s'intègre au sein de projets ou d'organisations ayant des frontières et fonctionnements hétérogènes. Les objets-frontières appliqués au champ de la santé occupent au moins six rôles :

Tableau 19 : Une identification des rôles des objets-frontières dans le champ de la santé.

Source : Auteure

Fonction	Organisation / Contexte	Auteur
Conception d'un réseau Apprentissage à la coordination	Réseau de santé (Dossier patient / « Cas patient »)	Grenier (2004 ; 2006)
Facilitateur	Bloc opératoire (programmation)	Lancini et Sampieri- Teissier (2012)
Partage des connaissances et innovation	Groupement hospitalier Réseau de santé	(Kimble, Grenier, Goglio- Primard, 2013) (Nautré, Kononovich, 2014)
Gestion des paradoxes par la cohabitation entre les mondes	Centre de Lutte contre le Cancer	Albert-Cromarias, Dos Santos et Nautré (2018)
Engagement du patient	Projet d'innovation numérique	Boudreault, Olleros (2019)
Régulation lors de conflits interpersonnels	Structure sociale et médico-sociale	Ndiaye (2021)

3.6. LES LIMITES DE L'OBJET-FRONTIÈRE

Les objets-frontières permettraient d'expliquer des réussites et des phénomènes de progrès qui peuvent constituer une réponse au cloisonnement des mondes sociaux. Cependant, bien que l'objet-frontière présente plusieurs intérêts, il n'empêcherait pas les tensions inhérentes entre les groupes (Coron, 2022 ; Nautré et Kononovich, 2014) dont l'apparition de problèmes de partage de connaissances (Kimble, Grenier, Goglio-Primard, 2010), de l'hétérogénéité des langages et de faibles standards (Verchère et Anjembe, 2010) ainsi que les « difficultés sociotechniques » lors de l'élaboration (Meyer, 2009).

Pour Nautré et Kononovich (2014), l'objet-frontière s'assimile « comme lieu de tension, entre les mondes mais aussi à l'intérieur des mondes dont nous avons montré la naturelle inhomogénéité ». Les auteurs considèrent que ces tensions sont profitables pour faire émerger l'innovation, même si elles représentent concomitamment des sphères d'incertitudes. Ces tensions peuvent permettre de faire disparaître « un objet devenu sans objet » (Nautré et Kononovich, 2014).

En effet, une attention particulière doit être portée sur le choix des mots utilisés afin d'éviter des incompréhensions (Nautré et Kononovich, 2014).

L'usage de l'objet-frontière suppose alors de pouvoir dépasser les tensions afin de mener l'action collective au bénéfice de l'utilisateur. Cependant, l'objet-frontière ne semble pas répondre à lui seul au décroisement, il faudrait que les acteurs le veuillent et s'en saisissent aussi, d'où l'intérêt de notre étude.

SYNTHÈSE DU CHAPITRE

La première section de ce chapitre visait à présenter le contexte dans lequel est né officiellement le projet personnalisé.

La loi 2002-2 a rendu officiel le projet personnalisé dans le secteur médico-social. D'après la littérature, le courant idéologique du New Public Management a considérablement influencé le contenu de cette loi (évaluation, transformation de la place de l'utilisateur comme un client, marchandisation...). Le projet personnalisé s'inscrit alors dans un contexte législatif particulier. Si le projet personnalisé peut être perçu comme un outil d'évaluation ou une contrainte (dans une perspective du NPM), il vise à apporter une réponse « sur-mesure » pour l'accompagnement de l'utilisateur. Une nouvelle place est attribuée à la personne accompagnée. Dans une logique d'*empowerment*, les ESMS sont appelés à accompagner l'utilisateur pour qu'il devienne « acteur de son projet ». Pour cela, les indications sous la forme de « recommandations » de l'ancienne agence ministérielle ANESM légitiment et implicitement rendent obligatoire le projet personnalisé ainsi que la participation active de l'utilisateur. Leurs directives permettent également d'identifier des termes propres au contexte du secteur médico-social tels que la synthèse.

La seconde section avait pour but de conceptualiser le rôle possible du projet personnalisé au sein des organisations à travers les trois approches théoriques. Cette conceptualisation est synthétisée par le schéma ci-après :

Mondes sociaux (1991)	• Diversité de points de vue dû à l'appartenance à des mondes sociaux mais qui peut entraîner des blocages
Sociologie de la Traduction (1988)	• Compréhension entre les différents acteurs issus de mondes sociaux et permettre la complémentarité
Objet-frontière (1989)	• Base commune pour jouer le rôle d'interface entre les mondes et traduire les différents points de vue

Figure 17 : Synthèse des approches théoriques pour conceptualiser le rôle possible du projet personnalisé. Source : Auteure

Le projet personnalisé a été présenté comme une démarche par l'ANESM. Cela exige d'intégrer les acteurs (usagers, professionnels, entourage...) en tant que parties prenantes durant l'ensemble du processus : de la préparation à son évaluation, en passant par la formalisation et la mise en œuvre.

La prise en compte des points de vue des acteurs n'ayant ni les mêmes rôles ni les mêmes fonctions peut aboutir à des tensions.

En effet, c'est l'apport de la théorie des mondes sociaux (Boltanski et Thévenot, 1991) qui nous permet de le comprendre. Si chaque acteur appartient à un monde selon le rôle qu'il exerce (managérial, thérapeutique, pédagogique, familial...), alors la démarche du projet personnalisé tend à inclure des acteurs issus de mondes sociaux différents. La diversité des points de vue de chaque monde peut induire un blocage et des tensions. Ces tensions peuvent être dépassées par la traduction. La théorie de la sociologie de la traduction (Akrich, Callon et Latour, 1988) permettrait d'expliquer ce phénomène de « résilience » des mondes. Mais la traduction comporte également des limites car il n'y a pas de base commune entre les acteurs. D'où l'apport de l'objet-frontière (Star et Griesemer, 1989).

Plusieurs caractéristiques de l'outil convivial d'Illich (1973) présentent des caractéristiques communes à l'objet-frontière : l'accessibilité, l'adaptabilité et la volonté à faire entendre la « voix » de l'individu.

L'objet-frontière, à la fois en tant qu'interface entre les mondes sociaux, et outil d'aide à la traduction permet d'être un objet commun à tous les acteurs. En ce sens, l'objet-frontière permet de créer un pont entre les mondes sociaux. Il représente un point d'ancrage. Si le projet personnalisé est mobilisé comme un objet-frontière, alors il pourrait d'intégrer les points de vue hétérogènes des acteurs et de les inciter à participer au projet. Ainsi, notre thèse vise à comprendre comment le projet est-il mobilisé par les acteurs médico-sociaux ? Notre interrogation se porte sur le rôle du projet personnalisé : un outil convivial, de médiation entre les mondes et d'aide à la traduction afin de proposer une réponse globale ou, sous l'influence du NPM, un outil de gestion ou un objet contraint par le législateur 2002-2, permettra-t-il de traduire les mondes sociaux pour l'accompagnement global de l'utilisateur ?

CHAPITRE 3 : POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Notre thèse vise à mieux comprendre le rôle du projet personnalisé à travers les réponses apportées par les acteurs du champ du handicap face à l'injonction de la loi 2002-2 de mettre en place le projet. Pour cela, il convient de préciser la démarche et la stratégie de recherche mobilisées pour étudier ce phénomène en profondeur.

La section 1 porte sur le positionnement épistémologique. Elle présente les principaux courants épistémologiques mobilisés en sciences de gestion et du management. Cela permet de mieux comprendre ce qui les distingue ainsi que le choix de la posture retenue par le chercheur. Notre choix s'est porté sur la posture interprétativiste. Par la suite, cette première section précise la problématique et les questions de recherche. Enfin, elle met en évidence les choix méthodologiques : le processus exploratoire, le raisonnement abductif ainsi que la démarche qualitative.

La section 2 présente l'étude de cas et les modes de collecte de données. Elle met en exergue l'intérêt d'une étude de cas unique ainsi que les limites et biais à prendre en compte. Elle présente le terrain d'étude : une association-gestionnaire du handicap spécialisée dans le champ de l'enfance. Elle précise les techniques de recueil de données primaires (focus groupe, observation participante et entretien semi-directif) et secondaires (documents internes et externes) mobilisées dans cette étude.

La section 3 précise le déroulement de la méthode d'analyse des données. Elle présente la démarche d'attention flottante. Elle se conclut par la présentation du processus de codage des données.

SECTION 1 - UNE RECHERCHE INTERPRÉTATIVISTE AU RAISONNEMENT ABDUCTIF AVEC UNE DÉMARCHE QUALITATIVE

1. DE LA RÉFLEXION ÉPISTÉMOLOGIQUE...

Piaget (1967, p. 6) définit l'épistémologie comme : « l'étude de la constitution des connaissances valables ». Nous pouvons alors formuler la question suivante : En quoi les connaissances que nous apportons seraient-elles valables ?

L'épistémologie vise à caractériser la validité de la connaissance apportée par le chercheur. Perret et Girod-Séville (2002) rappellent, par les travaux de Piaget en 1970, que la scientificité des connaissances ne peut avoir lieu si ces dernières ne sont pas évaluées.

Le Moigne (2012), considère que l'épistémologie vise à répondre à trois questions : la question gnoséologique, la question méthodologique et la question éthique. Le chercheur doit pouvoir s'interroger sur la légitimité des connaissances qu'il souhaite apporter :

- La question gnoséologique fait référence à la nature de la connaissance (Avenier, 2011) et au « quoi », ce qu'elle signifie (Martinet et Pesqueux, 2013). Cette question met en perspective deux approches, la dimension ontologique qui réifie l'organisation et la dimension phénoménologique qui identifie l'organisation comme un processus (Martinet et Pesqueux, 2013). Le Moigne (2012) précise que cette question vise à identifier « l'étude, la genèse, la nature et la forme des connaissances ».
- La question méthodologique tend à préciser la façon dont la connaissance se constitue, le « comment », elle est liée à la question gnoséologique (Martinet et Pesqueux, 2013).
- La question éthique concerne l'appréciation de la valeur ou de la validité de la connaissance (Piaget, 2012), le « pourquoi » (Martinet et Pesqueux, 2013). Selon Martinet et Pesqueux (2013), elle fait référence à la question axiologique (valeurs morales), téléologique (finalité) et politico-éthique.

La réponse à ces trois questionnements permettrait au chercheur de mieux spécifier sa posture épistémologique.

Le chercheur inscrit alors son objet d'étude en identifiant un paradigme épistémologique (Allard-Poesi et Marechal, 2014). Par ailleurs, la posture épistémologique est un choix qui n'est pas neutre (Hlady Rispal,

2015). Ce choix tend à légitimer par la suite la façon dont le chercheur va approcher son terrain d'étude : la distanciation ou la proximité (Hlady Rispal, 2015).

En sciences de gestion, plusieurs courants épistémologiques existent. Si le choix épistémologique n'est pas neutre, il peut comporter une dimension politique en sciences de gestion (Pesqueux, 2022). Le chercheur doit donc rester prudent car les postures épistémologiques font l'objet de débats et critiques.

Allard-Poesi et Perret (2014) présentent les différents courants épistémologiques mobilisés en sciences de gestion :

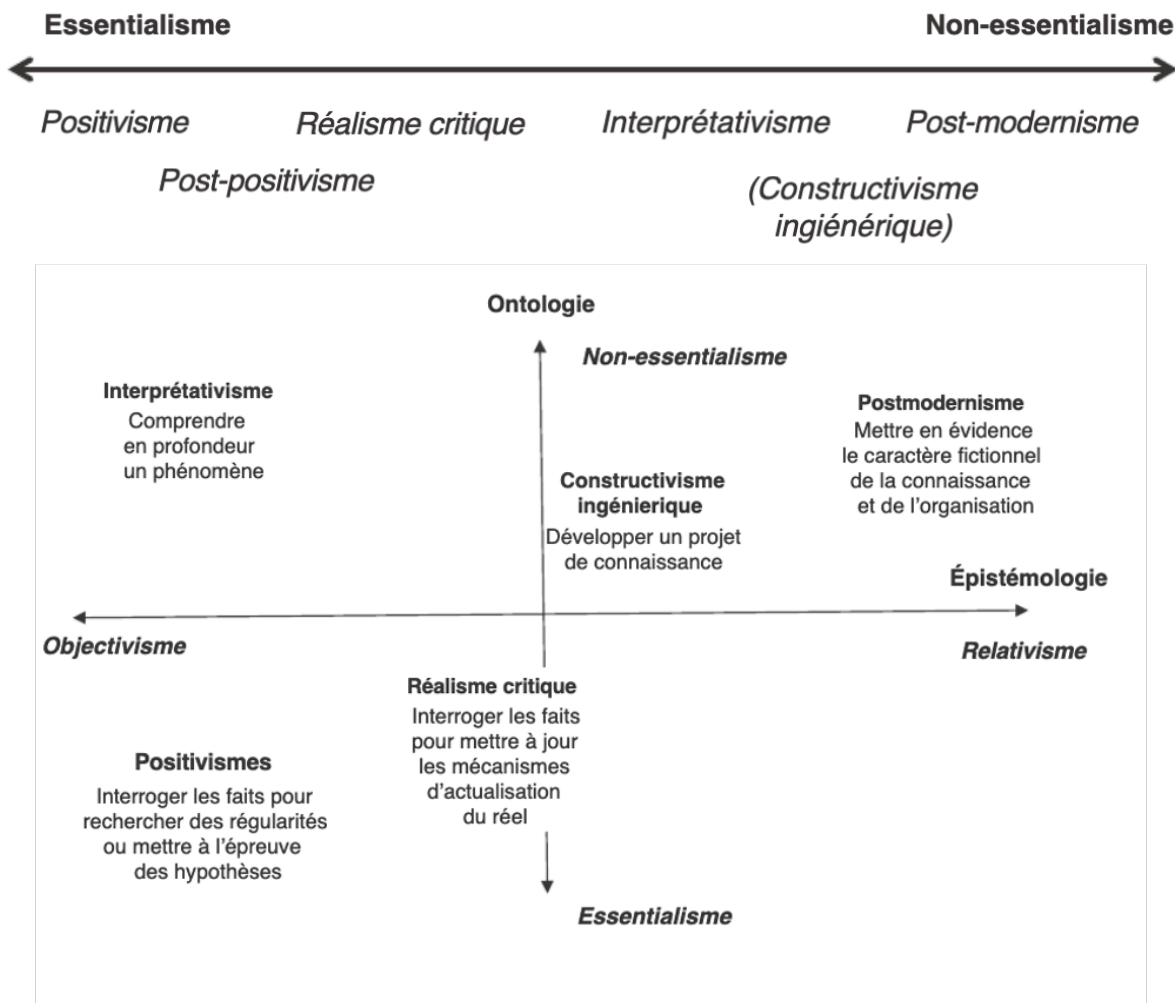


Figure 18 : Courants épistémologiques. Source : Allard-Poesi et Perret (2014)

Les deux schémas ci-dessus témoignent de plusieurs postures épistémologiques. Nous choisissons de présenter trois courants épistémologiques car ce sont les plus mobilisés en sciences de gestion (Rappin,

2011). La présentation des trois courants permet d'appréhender leurs spécificités et leurs enjeux pour le chercheur. Cela permet également de comprendre le choix d'une posture plutôt qu'une autre.

Girod-Séville et Perret (1999) distinguent trois courants épistémologiques : le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme. Rappin (2011) confirme que les trois courants les plus utilisés dans l'environnement français, en sciences de gestion sont : le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme.

Rappin (2011) distingue ces trois postulats de la manière suivante :

- Le positivisme prend en compte une réalité objective. Il tend à confronter les hypothèses théoriques avec la réalité ;
- L'interprétativisme intègre la subjectivité de la réalité où le chercheur s'efforce de comprendre les représentations des acteurs ;
- Le constructivisme soutient le caractère construit de la réalité avec l'action comme finalité de la recherche.

Dumez (2013b) soutient que ces trois positionnements dominent le débat épistémologique en recherche qualitative. Selon lui, il est important que le chercheur sache déterminer une posture épistémologique avant de débiter sa recherche. Cette posture devra l'accompagner durant toute la durée de la recherche. L'auteur, par ses travaux (2010, 2012, 2013)⁷⁴ et ceux de Weber (2004)⁷⁵, rappelle également que des critiques sont formulées à l'égard des postures épistémologiques.

L'épistémologie en sciences de gestion distingue le positivisme du non-positivisme (Le Moigne, 1990 ; Rappin, 2011).

Nous proposons de synthétiser ci-après cette distinction.

⁷⁴ Dumez (H.), « Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion », *Le Libellio d'Aegis*, 6(4), pp. 3-15, 2010. ; Dumez (H.), « Les trois risques épistémologiques de la recherche qualitative », *Le Libellio d'Aegis*, 8(4), pp. 29-33, 2012b. ; Dumez (H.), *Méthodologie de la recherche qualitative*, Paris, Vuibert, 2013.

⁷⁵ Weber (R.), "The Rhetoric of Positivism Versus Interpretivism", *MIS Quarterly*, 28(1), pp. iii-xii, 2004.

Tableau 20 : Synthèse des courants épistémologiques positivistes et non-positivistes. Source :
Auteure

COURANT POSITIVISTE (Positivisme)	COURANT NON-POSITIVISTE (Constructivisme et interprétativisme)
Universalisme	Relativisme
Objectivité de la réalité et des connaissances	Subjectivité de la réalité et des connaissances
Connaissance basée sur la rationalité	Connaissance contingente aux relations et au contexte
Distanciation avec le terrain d'étude	Proximité avec le terrain d'étude

Selon Perret et Girod-Séville (2002), les paradigmes interprétativistes et constructivistes se rejoignent en étant des courants « anti-positivistes ». Ces deux courants se trouvent fréquemment privilégiés par les chercheurs en sciences de gestion. Ils comportent une dimension relativiste de la connaissance. Hatchuel (2005) différencie la connaissance rationnelle, plutôt classique, de la connaissance relativiste, plutôt contemporaine.

D'après Perret et Girod-Séville (2002), les courants relativistes se distinguent des courants réalistes dans la mesure où :

- L'objectivité des connaissances et l'universalisme concernent les postures épistémologiques réalistes ;
- L'approche relationnelle et la contextualisation des connaissances se rapportent aux courants relativistes.

Selon Mourgues et al. (2002, p.319), les critères de validité de la connaissance des courants relativistes peuvent manquer de précision et de remise en question. Cela peut engendrer une incompréhension voire une difficulté à s'approprier la posture épistémologique du chercheur relativiste (Mourgues et al. 2002, p.320). Le risque se situe dans la production de « simples opinions ». De plus, les courants relativistes se caractérisent par l'importance de la contextualisation des résultats produits (Mourgues et al., 2002, p.321). Le chercheur, de par sa proximité avec le terrain d'étude (immersion, interactions avec les acteurs...), est exposé à davantage d'influence et de subjectivité (Mourgues et al., 2002, p.321). En raison de son

immersion au sein des organisations, de la proximité relative auprès des acteurs, et de la complexité de l'objet de recherche, il semble difficile de penser que le chercheur ne soit pas influencé.

Pour le chercheur relativiste, la connaissance se trouve contextuelle, interprétée et construite (Mourgues et al., 2002, p.322).

Weber (2004) reconnaît qu'il existe une distinction entre le positivisme et l'interprétativisme. Toutefois, il défend l'idée qu'il est préférable de donner de l'importance aux points communs qu'il existe entre ces postures et au rôle de chercheur. Selon lui, il apparaît plus important de comprendre les postulats plutôt que d'en faire un objet de division.

1.1. LE POSITIVISME

Le paradigme positiviste s'appuie sur une réalité « indépendante de l'esprit et des descriptions qui en sont faites » (Allard-Poesi et Perret, 2014). Cette réalité ne dépend pas du point de vue et de l'esprit du chercheur. Elle est indépendante de l'acteur qui l'étudie. Elle se concentre sur des données observables et mesurables. Elle s'inscrit dans un ordre universel (Allard-Poesi et Perret, 2014).

Bertereau, Marbot et Chaudat (2019) considèrent que le positivisme suppose un principe de réalisme ontologique et épistémologique. Son but est d'atteindre une fréquence répétée des phénomènes et la prédiction de résultats.

1.2. LE CONSTRUCTIVISME

Le constructivisme s'oppose au paradigme positiviste. Lors du processus de connaissance, il ne sépare pas l'observant du phénomène observé (Albert et Avenier, 2011).

Les auteurs considèrent qu'il existe deux courants constructivistes utilisés en sciences sociales. Le premier correspond à celui de Guba et Lincoln (1989), centré sur trois hypothèses : la relativité, la subjectivité et le caractère herméneutique. La seconde posture épistémologique concerne le constructivisme pragmatique. Il se fonde sur les travaux de von Glasersfeld (1988). Elle est considérée comme « un processus intentionnel de construction de représentations éprouvées par l'expérience ». Le caractère empirique de l'étude permet de construire des représentations sans qu'elles ne soient « des miroirs fidèles des phénomènes » étudiées. L'approche pragmatique s'apparente alors « à un guide heuristique pour encourager la réflexion, éclairer

des situations problématiques ou stimuler l'action créative en donnant à voir des voies plausibles pour atteindre certains buts » (Albert et Avenier, 2011).

Si le chercheur tend à apporter des connaissances, cela ne fait forcément pas de lui, un chercheur « constructiviste » (Mourgues et al., 2002 p. 308).

En effet, le constructivisme invite le chercheur à produire de la connaissance qui mène à l'action (Le Moigne, 1990). Le constructivisme met en perspective à la fois la construction des connaissances et celle des actions (Hatchuel, 2005). En ce sens, la connaissance produite est contingente à l'expérience vécue, car elle s'en nourrit (Bertereau, Marbot et Chaudat, 2019). La réalité est donc considérée comme une réalité sociale, construite et expérimentée (Bertereau, Marbot et Chaudat, 2019).

Par conséquent, le constructivisme aspire à la mise en action des modèles élaborés en tenant compte de l'expérience. Selon Allard-Poesi et Perret (2014), l'orientation constructiviste comprend trois paradigmes non-essentialiste : l'interprétativisme, le postmodernisme et le constructivisme (ingénierique). Les auteurs justifient le caractère « non-essentialiste » de ce courant en affirmant que la réalité existe dans un contexte mais qu'elle est construite.

Ainsi, nous pouvons remarquer que les frontières apparaissent étroites entre le constructivisme et l'interprétativisme. Pour certains, l'interprétativisme ne constitue pas une posture épistémologique distincte du constructivisme car soit il n'existe pas, soit il constitue une branche du constructivisme (Allard-Poesi et Perret, 2014 ; Pesqueux, 2022). Mais pour d'autres, il en est une variante (Girod-Séville et Perret, 1999 ; Dumez, 2010).

2. ...AU CHOIX DU PARADIGME INTERPRÉTATIVISTE

Le chercheur interprétativiste mobilise une approche compréhensive plutôt qu'explicative (Allard-Poesi et Perret, 2014 ; Bulinge, 2014). Il s'attèle à comprendre « des représentations, des jugements, des motivations et des raisons d'agir d'autrui » (Rappin, 2011), plutôt qu'à les expliquer.

Le paradigme interprétativiste peut se définir de la façon suivante : « Sans renoncer à la possibilité d'élaborer une connaissance objective des phénomènes observés, l'interprétativisme se donne pour objet de comprendre les actions et les significations que les acteurs accordent à leurs expériences du monde étant

entendu que c'est au travers de ces significations et actions qu'ils construisent la réalité sociale » (Allard-Poesi et Marechal, 2014).

Dans ce paradigme, la réalité se trouve essentiellement perçue (Allard-Poesi et Marechal, 2014). Le chercheur tente de comprendre une réalité sociale perçue par les acteurs. Solliciter ces acteurs sert alors à mieux comprendre leur point de vue, leurs intentions et motivations (Hudson et Ozanne, 1998 ; Allard-Poesi et Marechal, 2014).

L'interprétativisme tend à appréhender un phénomène en tenant compte des représentations des acteurs. (Allard-Poesi et Marechal, 2014).

L'immersion au sein du phénomène étudié permet « une compréhension de l'intérieur de la réalité sociale » (Allard-Poesi et Marechal, 2014). Le travail de compréhension s'affine progressivement « par l'empathie et une adaptation constante au terrain » (Allard-Poesi et Marechal, 2014). A cet effet, « ce n'est finalement que lorsque le chercheur aura développé une interprétation du phénomène étudié qu'il pourra véritablement définir les termes de son objet » (Allard-Poesi et Marechal, 2014).

La posture interprétativiste implique que la validation de la connaissance se fait par un processus de « nature empathique et idiographique » (Perret et Girod-Séville, 2002). En outre, elle permet de produire des connaissances basées sur des cas singuliers sans chercher à les généraliser ou à en faire des lois universelles : une « connaissance idiographique (Lincoln et Guba, 1985) plutôt que nomothétique » (Allard-Poesi et Perret, 2014).

Il convient de rappeler au lecteur notre problématique qui s'articule de la manière suivante : Comment le projet personnalisé peut-il être mobilisé par les acteurs médico-sociaux ?

Pour y apporter une réponse, nous avons besoin de connaître et surtout de comprendre l'expérience des acteurs autour du projet personnalisé, à travers leurs pratiques et ce qu'ils vivent. Placer la compréhension de l'expérience vécue au centre de la démarche épistémologique vient à inscrire notre recherche dans une approche interprétativiste. Sans chercher à généraliser les connaissances produites (Allard-Poesi et Perret, 2014), la posture interprétativiste nous permettra de comprendre le(s) rôle(s) attribués au projet personnalisé par les acteurs qui le mobilisent.

La posture interprétativiste choisie pour notre étude porte sur les représentations et les discours des acteurs (Rappin, 2011). L'interprétativisme nous permet d'accéder à une subjectivité de la réalité par un processus de confrontation des points de vue subjectifs des acteurs. Il nous faut comprendre en profondeur les phénomènes qui découlent du projet personnalisé. De plus, la démarche suggère une proximité et une implication du chercheur au sein du terrain d'étude. Elle place le chercheur dans une posture empathique,

nécessaire pour comprendre les acteurs ayant des rôles et fonctions hétérogènes (professionnel de santé, éducateur, enseignant, enfant, famille...) Pour saisir et comprendre les représentations des acteurs, il convient d'obtenir un matériau suffisant pour rendre compte des phénomènes qui en découlent.

Le choix de la posture épistémologique nous conduit à préciser notre objet de recherche (Allard-Poesi et Perret, 2014).

L'objet de recherche correspond à « la question générale (ou encore la problématique) que la recherche s'efforce de satisfaire » (Allard-Poesi et Marechal, 2014). En ce sens, le chercheur tente de répondre à la question suivante : « qu'est-ce que je cherche ? » (Allard-Poesi et Marechal, 2014).

La construction de l'objet de recherche a nécessité plusieurs allers-retours entre la littérature et les données collectées au sein du terrain d'étude. Dans le cas de l'approche interprétativiste, la définition de l'objet de recherche s'affine au fur et à mesure du travail de compréhension mené par le chercheur (Allard-Poesi, et Marechal, 2014).

Dans le premier chapitre, nous avons montré que le champ du handicap est traversé par l'influence de courants idéologiques tels que le New Public Management – traduit par un Nouveau Management Associatif, ou l'esprit de convivialité. De plus, le projet personnalisé est rendu officiel par la loi 2002-2. L'utilisateur doit être au centre du projet, en tant qu'acteur et destinataire. Les attentes des pouvoirs publics ont été rendues explicites par les recommandations de l'ANESM. L'impératif d'opérer le projet personnalisé, de rendre acteur l'utilisateur et de faire collaborer les acteurs s'inscrit dans une perspective de proposer un accompagnement global.

Il convient de préciser que l'objet de recherche s'est affiné au fur et à mesure de l'étude de terrain, de l'analyse de la littérature et de retours de plusieurs chercheurs lors de congrès scientifiques (ARAMOS, AGRH, MAPS). En effet, au début de la recherche, la littérature nous a conduit à conceptualiser que le projet personnalisé pouvait correspondre à un outil de gestion (dans une perspective NPM). Les nombreux allers-retours entre les approches théoriques issues de la littérature et les données du terrain nous ont permis d'identifier d'autres phénomènes tels que l'identification de mondes, les opérations de traduction, la convivialité ainsi que le rôle de l'objet-frontière. Ainsi, notre recherche s'efforce de comprendre, de façon large, le rôle du projet personnalisé par les acteurs concernés. Notre problématique générale s'articule autour de la question suivante :

Comment le projet personnalisé peut-il être mobilisé par les acteurs médico-sociaux ?

Nous précisons les termes employés au sein de la problématique par le tableau suivant :

Tableau 21 : Précisions des termes employés au sein de la problématique. Source : Auteure

TERMES DE LA PROBLÉMATIQUE	PRÉCISIONS APPORTÉES PAR LE CHERCHEUR
« Comment »	Nous nous efforçons de comprendre le rôle du projet personnalisé à travers la perception des acteurs concernés
« Le projet personnalisé »	Il s'inscrit dans un cadre législatif (2002-2). En tant qu'objet, il englobe l'ensemble des formes de projets personnalisés
« Peut-il être »	Près de 20 ans après la loi 2002-2, il convient de connaître le rôle actuel du projet personnalisé. Toutefois, pour comprendre le présent, il conviendra de s'intéresser aux représentations et pratiques antérieures.
« Mobilisé »	Ce terme se veut large car il inclut plusieurs formes de mobilisation. Le projet peut être mobilisé en tant que processus : élaboration, mise en œuvre, suivi, etc. Il peut aussi être mobilisé en tant qu'instrument : adoption, utilisation, appropriation, intégration, etc. En d'autres termes : comment le projet personnalisé est-il élaboré, mis en œuvre, suivi, adopté, utilisé, approprié, intégré...
« Par les acteurs médico-sociaux »	L'ensemble d'acteurs correspond aux personnes ou institutions qui peuvent être impliquées dans le projet personnalisé. Il se compose des personnes accompagnées (usagers / enfants en situation de handicap), des familles (parents, frères, sœurs, entourage...), des professionnels de terrain et managériaux, des représentants institutionnels (éducation nationale, aide sociale à l'enfance, agence régionale de santé...).

Afin de répondre à la problématique générale, nous formulons quatre questionnements de recherche :

QR1 : Comment le projet personnalisé est-il considéré par les acteurs du champ du handicap ? Un levier, un outil, une contrainte, un frein pour l'accompagnement ?

QR2 : Quel est le rôle joué par les acteurs institutionnels, managériaux et opérationnels de terrain autour du projet personnalisé ?

QR3 : Quelles sont les réponses apportées par les organisations médico-sociales pour intégrer une visée participative, démocratique, collaborative au projet personnalisé ?

QR4 : Comment une meilleure compréhension du rôle du projet personnalisé peut-elle contribuer à une prise en charge globale de l'utilisateur ?

3. UNE RECHERCHE EXPLORATOIRE ET UNE DÉMARCHE ABDUCTIVE

3.1. UN PROCESSUS EXPLORATOIRE HYBRIDE

Dès lors que notre positionnement épistémologique a été présenté, il convient de préciser l'une des deux voies que s'offre au chercheur : l'exploration ou le test (Charreire-Petit et Durieux, 2014).

En effet, le chercheur doit choisir le processus de construction de connaissances par l'exploration ou le test (Mourgues et al., 2002 p. 308). L'élaboration de connaissances est conditionnée par le choix d'un des processus. L'expérimentation mobilise le test d'hypothèses tandis que l'exploration cherche à enrichir les théories existantes (Mourgues et al., 2002 p. 308).

Le processus expérimental se dirige vers un raisonnement hypothético-déductif en testant les connaissances théoriques. Le test revient à la « mise à l'épreuve de la réalité d'un objet théorique » (Charreire-Petit et Durieux, 2014).

Le processus exploratoire requiert un raisonnement abductif ou inductif. Mener un raisonnement abductif signifie de mener des « allers-retours » entre les données empiriques et connaissances théoriques (Mourgues et al., 2002 p. 308). Choisir un raisonnement inductif suggère de comprendre la mise en pratique de l'objet de recherche pour enrichir le champ théorique. L'exploration est plutôt considérée comme une

« démarche par laquelle le chercheur a pour objectif la proposition de résultats théoriques novateurs » (Charreire-Petit et Durieux, 2014).

L'exploration mobilisée se veut « hybride » car elle tend à « enrichir ou d'approfondir [à approfondir] des connaissances antérieures » (Charreire-Petit et Durieux, 2014). Plus précisément, le processus d'exploration hybride « consiste à procéder par allers-retours entre des observations et des connaissances théoriques tout au long de la recherche », (Charreire-Petit et Durieux, 2014).

Par cela, le chercheur mobilise des concepts ou approches théoriques afin de « donner du sens à ses observations empiriques en procédant à des allers-retours fréquents entre le matériau empirique recueilli et la théorie existante » (Charreire-Petit et Durieux, 2014).

Le choix de l'exploration hybride s'inscrit en cohérence avec notre posture interprétativiste. Cette dernière tend à comprendre un phénomène par l'expérience vécue des acteurs.

Considérant le contexte et les multiples enjeux présents au sein du champ du handicap (nouveau management associatif, injonction législative, participation active de l'utilisateur...), l'objet de notre recherche apparaît complexe. Par conséquent, l'exploration nous apparaît la voie la plus adaptée.

L'exploration hybride implique de mobiliser un raisonnement abductif (Charreire-Petit et Durieux, 2014).

3.2. UN RAISONNEMENT ABDUCTIF

Il convient de distinguer trois types de raisonnements scientifiques : inductif, déductif ou abductif.

D'après Bourcier (1999), « on distingue l'abduction qui crée une hypothèse, de l'induction qui la vérifie et de la déduction qui l'applique ». Cette affirmation a été complétée par les travaux de Charreire-Petit et Durieux (2014) à travers le schéma suivant :

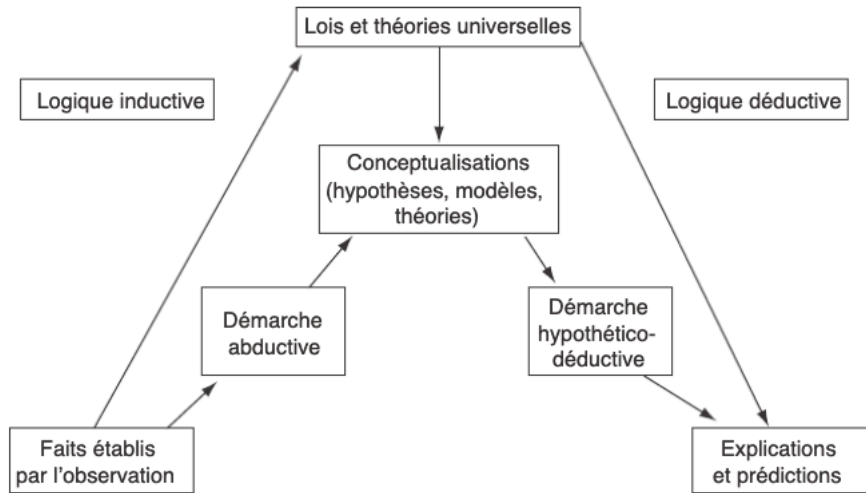


Figure 19 : Abduction, induction et déduction. Source : Charreire-Petit et Durieux (2014)

Le chercheur qui possède un raisonnement abductif s’appuie sur les données observées pour suggérer des conceptualisations. Par un raisonnement de type inductif, le chercheur vérifie si les données observées correspondent au champ théorique. La déduction tend plutôt à appliquer les théories mobilisées par le chercheur.

Lorsque le chercheur choisit de mener une étude de cas, il s’expose à des résultats surprenants, « des phénomènes nouveaux (Avenier, 1989 ; Eisenhardt, 1989 ; Yin, 1994) » (Mourgues et al., 2002, p.198). Ces phénomènes nouveaux peuvent être analysés sous l’angle du raisonnement abductif. L’abduction tente d’expliquer ces résultats inattendus par la formulation d’hypothèses issues du champ théorique. Mourgues et al. (2002, p.202) définit l’abduction comme un « mode de raisonnement spécifique qui, fondé sur le principe d’une hypothèse centrale explicative, permet d’élargir la connaissance scientifique en tirant parti de ces faits surprenants ».

L’abduction est particulièrement utilisée en sciences de gestion lorsque les phénomènes s’avèrent complexes à étudier et qu’il apparaît important de « structurer son système d’observations pour produire du sens ». Le chercheur, par un raisonnement abductif, tend à « proposer de nouvelles conceptualisations théoriques valides et robustes, rigoureusement élaborées » (Charreire-Petit et Durieux, 2014).

Charreire-Petit et Durieux (2014) exposent une définition de l’abduction proposée par Kœnig (1993) où celle-ci « consiste à tirer de l’observation des conjectures qu’il convient ensuite de tester et de discuter ». Contrairement à la déduction, le raisonnement abductif ne consiste pas à démontrer mais à proposer (Charreire-Petit et Durieux, 2014).

Nous avons fait le choix d'un raisonnement abductif afin proposer des causes possibles au phénomène que nous étudions. Ainsi, la proposition d'une conceptualisation du phénomène étudié vise à comprendre le rôle du projet personnalisé à travers les représentations des acteurs. De plus, le phénomène que nous étudions apparaît complexe. Par le nombre et la diversité d'acteurs susceptibles d'être engagés dans la démarche de projet personnalisé (usagers, managers, professionnels de terrain, gestionnaire associatif, acteurs institutionnels...) et le contexte singulier du champ du handicap (protectionnisme public, autonomie associative...), nous sommes en présence de ce que Riveline (1991) nomme la complexité d'abondance. Ainsi, le raisonnement par l'abduction apparaît fécond pour comprendre ce phénomène aux enjeux multiples.

4. LE CHOIX D'UNE DÉMARCHE QUALITATIVE POUR FAIRE ÉMERGER LA « PARTIE INVISIBLE » DE L'ORGANISATION

D'après Tchankam, Ndoume Essingone et Tchagang (2020), le choix d'une démarche qualitative tend à « réconcilier » trois éléments :

- La complexité par la diversité des acteurs au sein du champ du handicap (rôles, champs d'expertise...) et des modalités d'accompagnements (organisations, pratiques professionnelles...);
- Le détail car cette complexité nécessite d'être étudiée en profondeur. De plus, cela vise à comprendre le rôle projet personnalisé de façon globale;
- Le contexte car s'intéresser au projet personnalisé suggère de tenir compte de l'histoire, des éventuelles transformations et des valeurs promues par les ESMS.

La recherche en santé s'est beaucoup appuyée sur les démarches méthodologiques issues de la sociologie (Winance et Fournier, 2023). Elle s'est notamment basée sur les enquêtes sociales. Ces enquêtes de terrain tentent de mettre en évidence une réalité sociale pour l'améliorer (Winance et Fournier, 2023).

Pour Demoncey (2016), la démarche qualitative appliquée au champ de la santé apparaît pertinente dès lors qu'elle vise à étudier « les représentations et les pratiques sociales des acteurs du monde de la santé ».

Notre recherche consiste à étudier le rôle du projet personnalisé. Rappelons que ce projet vise à proposer un accompagnement global à l'utilisateur. Cela implique des acteurs avec des rôles singuliers, ayant des représentations hétérogènes ou homogènes et qui proviennent d'horizons différents. Selon Dumez (2021), la recherche qualitative s'apparente à une démarche compréhensive.

Pour cela, le choix d'une démarche qualitative permet de comprendre le rôle du projet personnalisé à travers le point de vue et les pratiques des acteurs. La démarche doit être globale, elle s'inscrit dans une « vision holistique » (Demony, 2016). C'est la raison pour laquelle notre méthode de recueil de données se veut la plus interdisciplinaire, décloisonnée, inclusive, afin de réunir un ensemble large de points de vue d'acteurs qui mobilisent le projet.

La démarche qualitative permet, au vu de la complexité de notre objet de recherche et des enjeux qu'il représente, de mieux saisir et comprendre la réalité perçue par les acteurs du champ de la santé. Elle peut alors permettre de comprendre « le rapport au pouvoir, les règles, le fonctionnement des organisations, etc. » (Demony, 2016).

La réalité décrite est orientée par le chercheur, à la fois par l'instrumentation qu'il mobilise et par l'analyse qu'il produit (Allard-Poesi, 2019). Plusieurs facteurs peuvent influencer les données exposées par le chercheur. Tirés des travaux d'Allard-Poesi (2019), ils peuvent être synthétiser de la manière suivante :

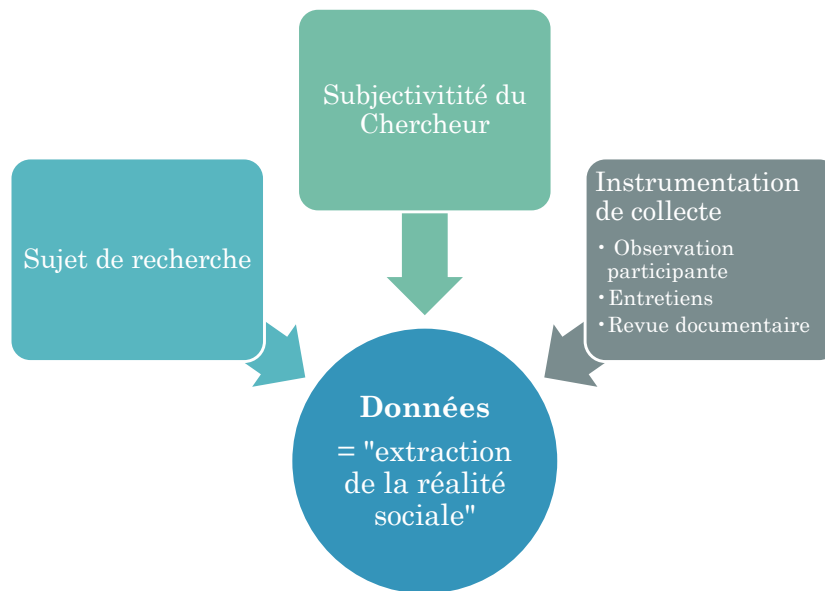


Figure 20 : Facteurs influençant les données exposées par le chercheur adaptés d'Allard-Poesi (2019)

La démarche qualitative apparaît comme une approche « ouverte » (Apostolidis, Madiot, et Dargentas, 2008). Cela implique pour le chercheur de faire preuve d'exigence, de curiosité et d'ouverture (Apostolidis, Madiot, et Dargentas, 2008). L'exigence fait référence à la rigueur scientifique, la curiosité implique de s'intéresser à des représentations ou phénomènes indétectables par des méthodes quantitatives, l'ouverture suggère de se « laisser surprendre par la différence et plus globalement par l'émergence et le déroulement spontané des phénomènes sociaux » (Apostolidis, Madiot, et Dargentas, 2008). La démarche qualitative

peut offrir un espace qui laisse place à la spontanéité. Les entretiens semi-directifs ou les focus groupe l'illustrent, dès lors qu'ils donnent la possibilité aux acteurs et au chercheur d'improviser (Alami, Desjeux, et Garabuau-Moussaoui, 2019). En conséquence, le choix de la démarche qualitative s'avère pertinent car il peut rendre compte de « l'invisible et ses effets sur les organisations » (Romelaer et Adrot, 2019). Comprendre le rôle du projet personnalisé implique de recueillir les points de vue et pratiques des acteurs qui se trouvent invisibles ou inaccessibles par la communauté scientifique.

SECTION 2 - LE CAS DU PROJET PERSONNALISÉ AU SEIN D'UNE ASSOCIATION-GESTIONNAIRE DU HANDICAP ET LA COLLECTE DE DONNÉES SUR CE TERRAIN

Lors du début de la thèse (2017), l'accès au terrain associatif dans le champ du handicap a été semé d'embûches. Nous avons pu avoir accès à un terrain en 2019 lors de notre prise de poste en tant que cadre au sein d'une association. Cet accès nous a permis de mener une immersion de plus de 4 ans au sein d'une association-gestionnaire du handicap. Nous avons eu accès à des données confidentielles, avons pu observer les pratiques des acteurs et entendre leurs discours. Nous avons observé « de l'intérieur ». Ainsi, l'étude de cas unique et la collecte de données ont été rendues possibles par cette immersion de longue durée.

Avant l'immersion, nous avions l'intuition que l'étude de cas unique présentait un intérêt. Cette intuition provenait de l'expérience vécue au sein de cinq stages réalisés dans le champ de la santé (hôpital, laboratoire de biologie, services et établissements médico-sociaux). Ces stages ont surtout été l'occasion de nous immerger au sein d'environnements multiples, de suivre et d'observer des professionnels tels que des aides-soignants, infirmiers, médecins, étudiants internes et externe de médecine, éducateurs, coordinateurs, kinésithérapeutes, psychologues, enseignants spécialisés, secrétaires, médecins-coordonateurs, chefs de service, directeurs d'établissement... Ils nous ont permis d'échanger avec des usagers tels que des enfants en situation de handicap, patients âgés, travailleurs en situation de handicap, adultes en situation de polyhandicap. Nous avons visité plusieurs types de services et établissements médico-sociaux pour enfants

et adultes (IEM⁷⁶, IME⁷⁷, ESAT⁷⁸, Accueil Temporaire, MAS⁷⁹, EHPAD⁸⁰...). Ces immersions ont contribué à la compréhension de certaines pratiques, certains enjeux et certaines préoccupations des acteurs. En outre, mener une étude de cas unique avec une immersion de longue durée nous permet d'accéder à un phénomène inaccessible à la communauté scientifique (Yin, 2018, p.168).

1. L'ÉTUDE DE CAS UNIQUE COMME STRATÉGIE DE RECHERCHE

1.1. POURQUOI L'ÉTUDE DE CAS ? QUEL EST SON INTÉRÊT ?

Le phénomène que nous étudions, le rôle du projet personnalisé, apparaît complexe. Comme le soulignait Morin (1988, p.16), « la complexité appelle une stratégie ». Pour cela, nous proposons de mener une étude de cas.

L'étude de cas représente une stratégie de recherche (Yin, 1984 ; Eisenhardt, 1989). Elle permet au chercheur d'investiguer son objet de recherche en situation réelle (Yin, 2018, p.45 ; Hlady Rispal, 2015 ; Pepin, 2017 ; Barlatier, 2018).

Yin (2018, p.33)⁸¹ considère que :

- Plus le chercheur tente de comprendre un phénomène, plus l'étude de cas apparaît pertinente ;
Dans notre recherche, nous nous efforçons de comprendre « en profondeur » le rôle du projet personnalisé pour les acteurs.
- Plus les questions de recherche impliquent d'apporter une description détaillée du phénomène, plus l'étude de cas se trouve adaptée pour y répondre.

⁷⁶ Institut d'Éducation Motrice

⁷⁷ Institut Médico-Éducatif

⁷⁸ Établissement et Service d'Aide par le Travail

⁷⁹ Maison d'Accueil Spécialisé

⁸⁰ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

⁸¹ Nous avons fait le choix de citer l'édition la plus récente de l'ouvrage. La première édition est parue en 1984.

Notre objet de recherche implique une description approfondie en explorant le rôle du projet de l'enfant, les acteurs mobilisés, les pratiques et les organisations mises en place.

L'étude de cas est une stratégie de recherche qui permet d'examiner un ou des processus mis en œuvre au sein d'une organisation (Pepin, 2017). Elle conduit le chercheur à étudier l'élaboration puis la mise en œuvre d'actions par les acteurs. Son objet est de fournir une description, une illustration ou encore de servir un processus de construction théorique. Elle mobilise une situation empirique en tenant compte du cadre théorique choisie (Hlady Rispal, 2015).

Lorsque le chercheur est également praticien, l'étude de cas s'avère le plus opportun (Duport, 2020). Cela peut s'appliquer dans le cadre de cette étude dès lors que nous mobilisons un rôle spécifique, à savoir celui d'un « acteur-chercheur ».

Selon Musca (2006), les conditions de l'étude de cas pour le chercheur se composent de :

⇒ La proximité avec le terrain d'étude qui est maintenue tout au long de l'étude ;

Dans le cadre de notre recherche, l'immersion, de façon répétée ou longitudinale, par l'observation participante représente un moyen d'entretenir une certaine proximité avec le terrain d'étude.

⇒ La souplesse ;

Nous sommes amenés à nous adapter aux contraintes des acteurs (programmation des entretiens) et également à leur discours (spontanéité lors des entretiens semi-directifs).

⇒ L'opportunisme ;

Cette étude implique une prise d'initiative et une attention particulière lors des entretiens individuels ou collectifs. Le chercheur se doit d'avoir une posture intéressée pour explorer son objet de recherche.

⇒ La rigueur scientifique.

Les choix méthodologiques contribuent à la scientificité des connaissances. Les moyens sont multiples : posture interprétativiste, exploration, raisonnement abductif, modes de collecte de données et codage des données lors de l'analyse. Le chercheur veille à faire preuve de rigueur lors de la préparation, la réalisation de la collecte ainsi que lors de l'analyse des données.

Enfin, le processus exploratoire de cette recherche justifie le choix d'une étude de cas (El Attar et El Moustafid, 2014). En effet, il s'agit pour le chercheur de comprendre le phénomène qu'il étudie dans sa globalité.

1.2. LE CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS UNIQUE ET HOLISTIQUE

Le choix du nombre de cas à étudier est une condition nécessaire pour débiter la collecte de données (Yin 2018, p.84).

Selon le nombre de cas, le chercheur a la possibilité de réaliser une étude de cas unique ou multiple. L'étude de cas peut être holistique ou enchâssés.

Quatre possibilités de design ou conception de l'étude de cas s'offrent au chercheur (Yin, 2018, p.84) :

- ⇒ Type 1 : Une étude de cas unique et holistique (un cas, un contexte et une unité d'analyse). Il s'agit du design que nous avons choisi.
- ⇒ Type 2 : Une étude de cas unique et enchâssés (un cas, un contexte et plusieurs unités d'analyse)
- ⇒ Type 3 : Une étude de cas multiple et holistiques (plusieurs cas, plusieurs contextes et une unité d'analyse par cas)
- ⇒ Type 4 : Une étude de cas multiple et enchâssés (plusieurs cas, plusieurs contextes et plusieurs unités d'analyse par cas)

Le schéma⁸² ci-après (Yin, 2018, p.84) reprend les quatre types de design :

⁸² Le design choisi est mis en valeur par un cadre de couleur bleue

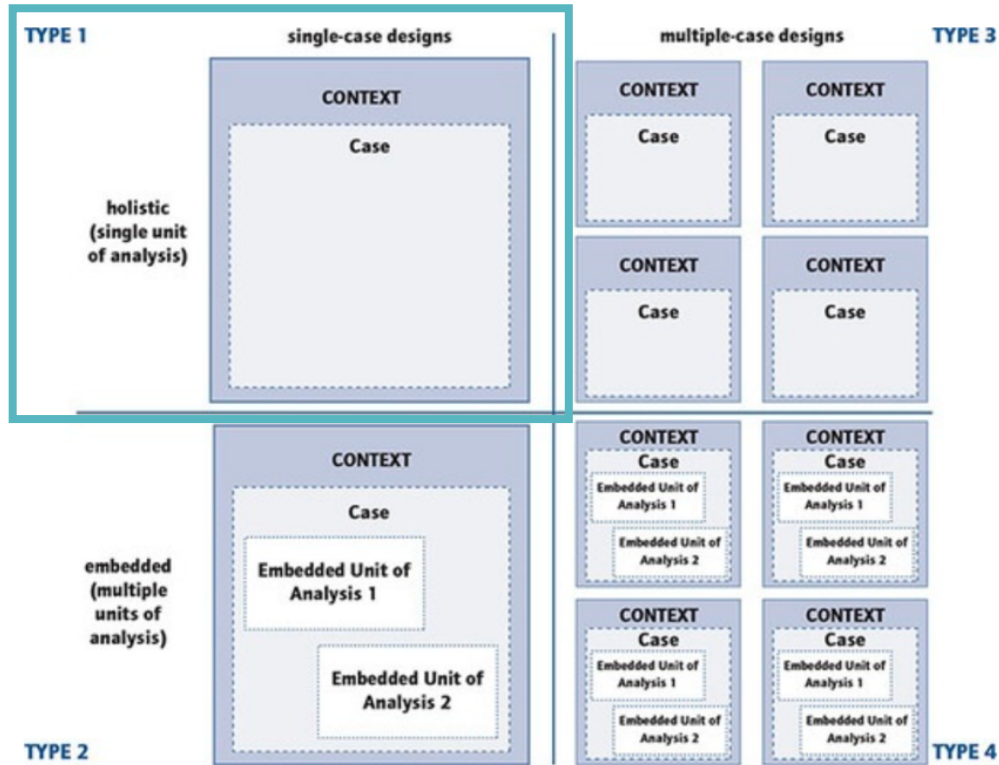


Figure 21 : Les 4 types de designs de l'étude de cas. Source : Yin (2018)

En tenant compte des travaux de Yin (2018, p.84) et du schéma précédent, nous présentons une synthèse du design de l'étude de notre cas :

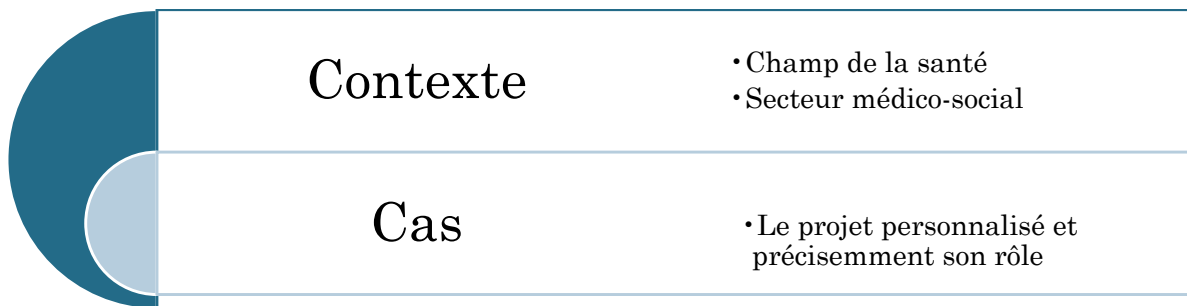


Figure 22 : Design synthétique de notre étude de cas. Source : Auteure

Dans notre recherche, il s'agit d'une étude de cas unique et holistique (type 1, cf. Figure 21) dont :

- Le contexte (*context*) correspond au champ de la santé et plus spécifiquement le secteur médico-social. En effet, le cas du projet personnalisé est introduit dans ce contexte singulier (loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale).
- Le cas (*case*) ou l'unité d'analyse (*single unit of analysis*) :

- Il se rapporte au phénomène que nous étudions. Il s'agit du projet personnalisé et plus particulièrement de son rôle. Il s'agit d'un cas holistique où nous étudions l'ensemble de la démarche de projet personnalisé. Nous avons fait le choix d'une approche holistique afin de comprendre de façon globale le rôle du projet personnalisé. L'unité d'analyse (ou le cas) se trouve :
 - Suffisamment large pour intégrer l'ensemble de la démarche de projet à travers les représentations des acteurs ;
 - Suffisamment précise pour écarter les dimensions qui ne correspondent pas à l'objet de notre recherche.

L'unité d'analyse ne doit être ni trop large ni trop précise car selon Yin (2018, p.90) :

- Si elle est trop large, le chercheur ne peut pas l'opérationnaliser car elle est trop abstraite.
- Si elle est trop précise, elle peut ne plus être adaptée au fur et à mesure de la collecte de données. Cela pose le risque de changer d'objet de recherche et de plan de collecte de données.

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi le rôle du projet personnalisé. En effet, ce dernier ne nous paraît pas trop abstrait car il traite d'un seul phénomène spécifique. Il n'inclut pas toutes les formes de projets (associatif, d'établissement, de service...). En outre, il ne nous semble pas trop précis car l'unité d'analyse inclut l'ensemble de la démarche de projet personnalisé.

Le chercheur doit faire preuve de précaution lorsqu'il conçoit et choisit son cas candidat. Pour cela, il doit « minimiser les risques de fausses déclarations et de maximiser l'accès nécessaire pour recueillir les preuves de l'étude de cas »⁸³ (Yin 2018, p.87). A cet effet, l'étude de cas unique se veut longitudinale car elle permet à la fois d'accéder aux représentations des acteurs tout en permettant d'avoir des éléments pour les confirmer. Grâce à l'étude de cas unique, le chercheur peut collecter des données inestimables et mener *in fine* une étude inestimable (Yin 2018, p.58).

Concernant le terrain où le cas est étudié, il correspond à une association-gestionnaire du champ du handicap que nous présenterons dans cette partie. Pour Dumez (2013b ; 2016, p.208), le chercheur doit se poser trois questions fondamentales lors d'une étude de cas et tenter d'y répondre.

Nous présentons nos réponses aux questions sous la forme du tableau ci-dessous :

⁸³ « to minimize the chances of misrepresentation and to maximize the access needed to collect the case study evidence » (Yin 2018, p.87).

Tableau 22 : Présentation de notre cas. Source : Auteure

Question soulevée par Dumez (2013b)	Précision à apporter par le chercheur	Réponse du chercheur
1 <i>« De quoi mon cas est-il le cas ? »</i>	Catégorie du cas	<p>Il s'agit du projet de l'enfant.</p> <p>Au niveau théorique, le management du projet personnalisé permet de mobiliser deux concepts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'outil de gestion par le management public ; - l'objet-frontière par le management de la santé (avec des caractéristiques communes à l'outil convivial).
2 <i>« De quoi mon cas se compose-t-il ? »</i>	Composition du cas	<p>D'une démarche de projet (au sens processuel) et d'outils (au sens instrumental). Pour étudier en profondeur la démarche et les outils et comprendre les pratiques, notre cas se compose d'une association-gestionnaire qui regroupe plusieurs acteurs (enfants, parents, professionnels de terrain...)</p>
3 <i>« Que peut produire mon cas ? »</i>	Objectif du cas	<p>De comprendre le rôle du projet personnalisé afin d'analyser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - son intérêt pour l'enfant en situation de handicap ; - les facteurs internes et externes qui permettent de contribuer ou d'empêcher de jouer son rôle. <p>De permettre une conceptualisation du rôle du projet personnalisé afin d'enrichir les approches théoriques</p>

Cela peut être synthétisé de la manière suivante :

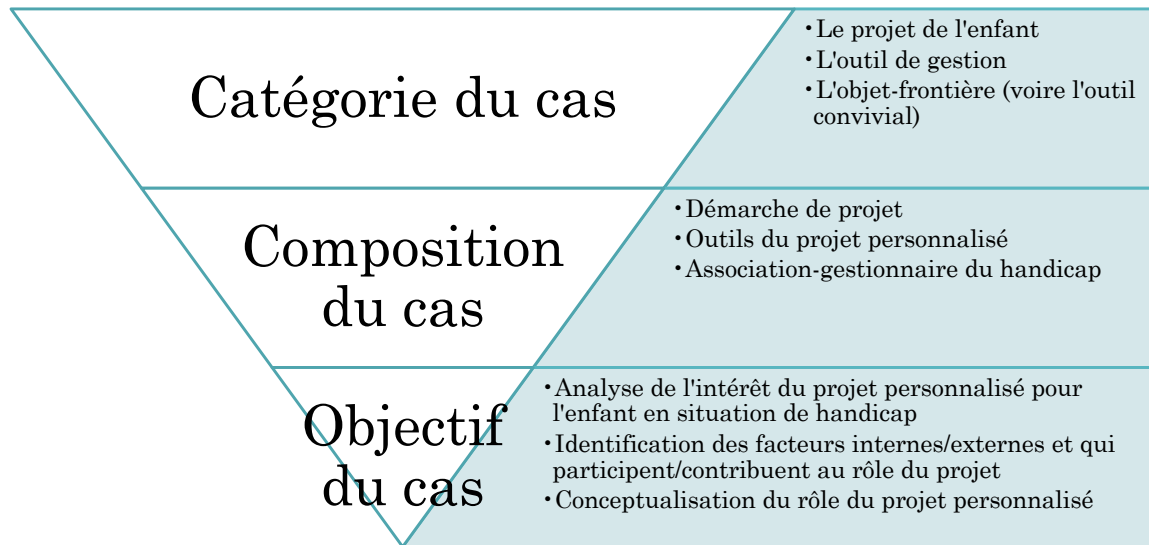


Figure 23 : Présentation synthétique de notre cas. Source : Auteure

1.3. LA PRISE EN COMPTE DES LIMITES D'UNE ÉTUDE DE CAS UNIQUE

Bien que l'étude de cas présente un intérêt, plusieurs limites sont à prendre en considération :

- La première concerne l'absence de généralisation (Yin, 2018, p.52). La question peut être formulée de la manière suivante « Comment généraliser à partir d'une étude de cas unique ? »⁸⁴ (Yin (2018, p.52) : L'étude de cas unique n'a pas pour vocation d'être représentative d'autres cas et n'a pas visée à généraliser les résultats obtenus (Musca, 2006). Cette limite constitue l'une des raisons principales pour laquelle « le statut du cas unique fait l'objet de controverse » (Velmuradova, 2004).
- La seconde peut être un avantage (la diversité des données issues du terrain) chez certains mais peut se transformer en obstacle pour d'autres. Il s'agit de l'importante quantité de données que le chercheur doit traiter et analyser. Cela peut avoir pour conséquence d'y passer un temps considérable (Musca, 2006). L'étude de cas peut « prendre trop de temps et aboutir à des documents volumineux et illisibles »⁸⁵ (Yin, 2018, p.53).

⁸⁴ « How can you generalize from a single-case study? » (Yin, 2018, p.52)

⁸⁵ « Take too long and result in massive, unreadable documents » (Yin, 2018, p.53)

- A l'absence de généralisation et le risque du caractère chronophage de l'étude de cas, s'ajoute la part de subjectivité du chercheur et des acteurs (De Luca, 2020).

Pour la première limite, Yin répond qu'il s'agit plutôt d'une généralisation analytique que statistique (Yin, 2018, p.53). Si l'étude de cas unique ne vise pas à une généralisation statistique, elle permet, par le raisonnement abductif, de suggérer une conceptualisation du phénomène étudié. Dumez (2013b) souligne qu'un cas « peut permettre d'identifier des mécanismes sociaux (Hedström & Swedberg, 1998 ; Depeyre & Dumez, 2007 ; Hedström & Bearman, 2009), de consruire des typologies exploratoires et théoriques, et pas seulement descriptives (Elman, 2005 ; George & Bennett, 2005 ; Bayart, 2007a ; Curchod, 2007 ; Dumez, 2013[a]). Il peut également permettre de redéfinir un concept en clarifiant son domaine de validité et ses contextes d'application (Dumez, 2011a) ». La conceptualisation d'un phénomène permet alors de confirmer, d'infirmer ou d'enrichir les théories existantes. C'est la visée de notre étude.

Pour la seconde, la saturation théorique permet de s'arrêter dans la collecte des données en cas de redondances liées au phénomène étudié, au cadre théorique ou aux concepts mobilisés (Glaser et Strauss, 1967, p.61). De plus, l'attention flottante lors de l'analyse des données permet également de faire ressortir les thèmes majeurs provenant des données collectées (Ayache et Dumez, 2013).

Pour la troisième, le chercheur doit veiller à ne pas être envahi par la subjectivité mais sans pour autant la renier. La vision unique (et qui induit une subjectivité) du chercheur par l'accès privilégié au terrain a permis une connaissance accrue du phénomène étudié. Si cette subjectivité peut accroître au fur et à mesure de la collecte, nous nous sommes octroyés des temps de retrait pour favoriser la prise de recul. Les nombreux allers-retours avec la littérature et l'écriture de nos observations et analyses nous ont également aidé dans cette distanciation. De plus, le codage des données par deux chercheurs indépendants peut également permettre d'apporter une part d'analyse plus indépendante du matériau (étant donné qu'ils n'ont pas collecté les données). Pour la subjectivité des acteurs, il nous apparaît essentiel de diversifier les sources de données (entretiens, observation participante, documents internes et externes). En effet, Il s'agit d'un moyen pour « objectiver les déclarations subjectives » (Santelmann et Aubret, 2005). L'étude de cas implique pour le chercheur de gérer un matériau qui provient de plusieurs sources de données (Yin, 2018, p. 46). Les données collectées devront converger par une démarche de triangulation (Yin, 2018, p. 46). La triangulation des données rendue possible par la richesse des données collectées contribue à une « solidité de l'analyse » (Dumez, 2016 p.186). Les points de vue formulés par les acteurs, comme dans le cadre d'un entretien, peuvent alors être complétés en variant les sources de données (Yin, 2018, p.27). La triangulation des données permet au chercheur de limiter les biais (Dumez, 2016 p.186).

Pour l'étude de cas, la triangulation constitue une précaution importante lors du recueil de données (Busson-Villa et Gallopel-Morvan, 2012). En multipliant les sources de données, le chercheur peut mieux comprendre les métiers et rôles exercés, le fonctionnement institutionnel, les pratiques menées mais aussi valider les informations recueillis (Drucker-Godard, Ehlinger et Grenier, 2014).

1.4. PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION SPÉCIALISÉE DANS LE CHAMP DE L'ENFANCE

1.4.1. UN TERRAIN SINGULIER ET EMBLÉMATIQUE DE LA COMPLEXITÉ DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

L'étude de cas représente un choix stratégique en sciences de gestion (Hlady Rispal, 2015). Cette stratégie suppose de choisir avec soin un terrain d'étude « emblématique empiriquement » (Hamidi, 2012).

L'association-gestionnaire du handicap représente un terrain particulièrement fécond (Heichette, 2016). De plus, l'association dans le champ du handicap se caractérise à la fois par :

- une histoire singulière lors de sa création
- un fonctionnement qui se trouve plutôt autonome à l'origine (Lux, 2016)
- des organisations malléables (Heichette, 2016).

Le contexte associatif de notre cas doit alors couvrir un champ large de l'objet de recherche. L'association que nous avons choisi présente plusieurs dimensions. Ces dimensions sont caractérisées de la manière suivante :

- La modalité d'accompagnement : L'association comprend plusieurs modalités d'accompagnement (internat, externat, mixte).
- L'environnement : Elle dispose de plusieurs lieux d'accompagnement (à domicile, en établissement médico-social, à l'hôpital, en établissement social, à l'école, au sein de lieux de socialisation).
- La structure : Elle dispose de plusieurs types d'organisations (établissement, service, dispositif expérimental...). Ainsi, les fonctionnements peuvent être disparates.
- La temporalité : Le temps d'accompagnement varie selon la situation de l'enfant et les caractéristiques de l'établissement (durée autorisée par l'agrément de l'établissement, ressources disponibles...).

- Le public accompagné : L'association accompagne un large public d'enfants en situation de handicap par l'âge (3 à 20 ans⁸⁶), les formes de handicap (déficience intellectuelle, handicap psychique...) ainsi que les troubles (troubles de comportement, troubles du spectre autistique...).
- La typologie d'acteurs : Elle comprend plusieurs types d'acteurs qui concourent à l'accompagnement du public (professionnels de terrain, managers, familles, familles d'accueil...). Nous avons identifié plus de 10 catégories. Cela permet de s'intéresser à plusieurs acteurs à travers leurs perceptions et leurs ressentis. Est-ce qu'ils mobilisent le projet personnalisé parce que c'est la loi ou/et parce qu'ils y voient un intérêt pour l'enfant ?

Le terrain associatif présente un intérêt dans le cadre de notre étude sur le rôle du projet personnalisé. Il convient de préciser pour chaque dimension, l'intérêt pour l'étude :

Tableau 23 : Dimensions de notre cas. Source : Auteure

Dimension	Caractéristique	Intérêt pour l'étude
Modalité	Mode d'accompagnement	Influence du mode d'accompagnement sur le devenir du projet
Environnement	Lieu d'accompagnement	Vision globale du projet
Structure	Établissement ou service d'accueil	Influence de la structure sur la démarche de projet
Public	Forme de handicap	Influence du type de handicap sur la démarche de projet
Typologie d'acteurs	Type d'acteur	Vision large des avis et points des acteurs
Temporalité	Durée d'accompagnement	Influence de la durée d'accompagnement sur la démarche de projet

⁸⁶ Nous rappelons que des dérogations sont possibles après la majorité de l'enfant (18 ans). L'amendement Creton (1989) stipule notamment qu'un maintien au sein de l'établissement est possible jusqu'au 20 ans de l'enfant en attendant une solution plus adaptée.

Ce terrain n'est pas représentatif de l'ensemble des associations du secteur, mais il permet toutefois d'avoir une large étendue des réponses et pratiques opérées par les acteurs, afin de mieux comprendre le rôle du projet personnalisé. Cette étude permet alors de recueillir une diversité de réponses possibles afin d'en conclure des préconisations.

De plus, ce terrain ne vise pas à tirer une analyse par service et établissement médico-social car les points de vue des acteurs ne sont pas influencés que par la structure d'accompagnement à laquelle ils appartiennent. C'est également cette richesse organisationnelle et ce phénomène complexe que nous avons voulu étudier.

Choisir un unique terrain d'étude contribue à ne pas survoler le phénomène étudié en situation réelle. Cela permet également de comprendre les spécificités culturelles et contextuelles ainsi que les valeurs prônées par l'association.

1.4.2. CARACTÉRISTIQUES ET SPÉCIFICITÉS DE L'ASSOCIATION

En 2021, 164519 places étaient dédiées aux enfants en situation de handicap au sein des ESMS, soit une augmentation de 13% depuis 2010. (CNSA, 2021)⁸⁷. Cela représente plus 1 % de la population de l'ensemble des moins de 20 ans⁸⁸.

L'association choisie dans le cadre de cette étude est particulièrement ancrée dans le champ de l'enfance. Elle présente plusieurs spécificités :

- De multiples enjeux sont présents (scolaire, thérapeutique, éducatif, social, familial...).
- Les enfants ne sont pas encore des adultes ; les représentants légaux ont donc un rôle important à jouer, rôle qui varie selon la situation de l'enfant (parents, familles d'accueil, aide sociale à l'enfance...).
- Plusieurs institutions publiques sont concernées par ce champ (éducation nationale, protection judiciaire de la jeunesse, aide sociale à l'enfance, jeunesse et sport,...).

⁸⁷ Site consulté le 4 juillet 2023, à l'adresse https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2021_interactif.pdf

⁸⁸ Site consulté le 4 juillet 2023, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/le-handicap-en-chiffres-edition-2023>

Ces éléments contribuent à multiplier le nombre d'acteurs et à diversifier les types d'acteurs qui sont susceptibles d'être impliqués dans le projet personnalisé de l'enfant.

L'association choisie dans notre étude assure la gestion de plusieurs services et établissements médico-sociaux. La majorité de son activité concerne l'accompagnement d'enfants en situation de handicap. L'association se compose de plusieurs ITEP⁸⁹, IME⁹⁰, SESSAD⁹¹. Il y a également d'autres services et établissements plus spécifiques (dispositif expérimental, PCPE⁹², Accueil temporaire...). Nous présentons cette composition par l'organigramme ci-dessous, avec les exemples de services et établissements retrouvés au sein de l'association :

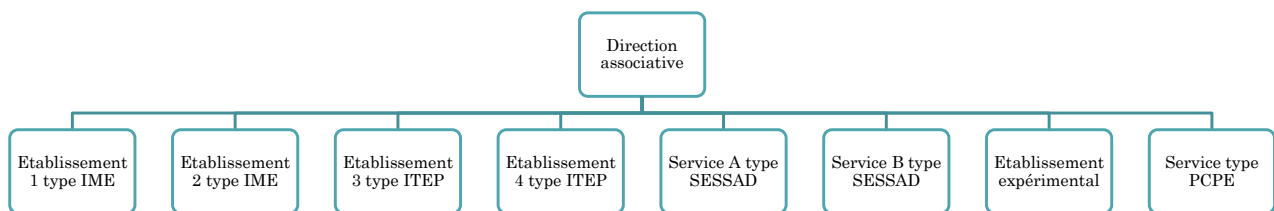


Figure 24 : Organigramme des services et établissements de l'association. Source : Auteure

Ces services et établissements visent à accompagner des enfants qui portent un handicap psychique, une déficience intellectuelle, des troubles du spectre autistique ou des troubles du comportement et de la conduite. Certains ont plusieurs troubles ou/et handicap associés.

Nous proposons de synthétiser les caractéristiques de l'association ainsi que la durée de l'immersion par le chercheur :

⁸⁹ Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

⁹⁰ Institut Médico-Éducatif

⁹¹ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

⁹² Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

Tableau 24 : Synthèse des caractéristiques de l'association-gestionnaire étudiée. Source :
Auteure

Durée de l'immersion et période étudiée	Principaux types de handicap accompagnés	Nombre de salariés	Nombre d'établissements et services médico-sociaux	Modalités d'accompagnement proposées
2019-2023	Handicap psychique Déficience intellectuelle	Supérieur à 400	Supérieur à 10	-Internat -Externat -Accueil temporaire -Semi-Internat / Externat

1.4.3. CONTEXTE HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION



Figure 25 : Contexte historique de l'association. Source : Auteure

Dans un contexte d'après-guerre, à la suite de la seconde guerre mondiale, la création de l'association fut le fruit d'une rencontre entre plusieurs corps de métiers pour accueillir des enfants en situation de handicap. Le premier établissement médico-social est alors créé, un Institut de Rééducation. Ce dernier avait pour mission de « rééduquer » les enfants accueillis ayant des troubles de la conduite et comportement. Ce n'est qu'en 2005, suite au décret n°2005-11⁹³, que cet établissement deviendra un Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP). A l'origine, il n'y avait donc qu'un seul établissement au sein de l'association. Le

⁹³ Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. Site consulté le 10 juillet 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000260009>

travail interdisciplinaire a significativement contribué à influencer la culture institutionnelle de l'établissement et donc de facto, la culture associative. Cet « ADN » associatif a eu pour particularité de viser un travail d'accompagnement en interdisciplinarité. Cela signifie que ce n'est plus à l'enfant de s'adapter à l'environnement disciplinaire du professionnel (Ex : temps de classe pour un enseignant) mais au professionnel quel que soit sa discipline d'intégrer l'ensemble des environnements de l'enfant. En d'autres termes, il est attendu que chaque accompagnant intervienne au sein des environnements de l'enfant. Ainsi, par exemple, une psychologue participe aux temps de repas, un éducateur aux temps de classe, un enseignant aux activités éducatives, un infirmier effectue des veillées éducatives. Chaque professionnel ne travaille pas uniquement dans son environnement (un infirmier dans une infirmerie, un enseignant dans une classe, un psychologue dans son bureau de consultation, un éducateur lors d'activités à visée éducative). Dans ce contexte, le travail interdisciplinaire consiste alors à multiplier les regards disciplinaires pour chaque environnement de l'enfant. L'intérêt est que chaque professionnel mobilise la diversité des environnements de l'enfant pour atteindre des objectifs propres à sa discipline (la pédagogie par l'environnement éducatif, la thérapie par l'environnement éducatif, l'éducation par l'environnement pédagogique...).

2. LA COLLECTE DE DONNÉES AU PLUS PRÈS DES ACTEURS ET L'ACCÈS À DES DONNÉES CONFIDENTIELLES

La démarche qualitative peut permettre d'observer et d'interroger les acteurs sur leurs connaissances d'un projet (Hurstel, 2020). Dans notre cas, il s'agit de leurs connaissances autour du projet personnalisé, de la démarche ainsi que des outils qu'ils peuvent ou non mobiliser. Cette démarche qualitative permet également d'investiguer « en profondeur » notre objet de recherche. Elle permet de recueillir les points de vue, représentations, avis des acteurs par la perception qu'ils ont du projet personnalisé. Pour cela, cette partie présente les modes de collecte de données.

Il convient de distinguer la collecte de données primaires et secondaires.

Lors de la collecte de données primaires, les données apparaissent « réactives » (Baumard et al., 2014) ou en quelque sorte « vivantes ».

La collecte de données secondaires renvoie à des données qui sont déjà disponibles pour le chercheur (Baumard et al., 2014). Ces données sont « déjà produites par les organisations » (Baumard et al., 2014).

Dans cette étude, la collecte de données primaires a mobilisé :

- Le focus groupe ;
- L'entretien individuel semi-directif ;
- L'observation participante.

Le schéma ci-dessous permet de comprendre l'ensemble du processus :

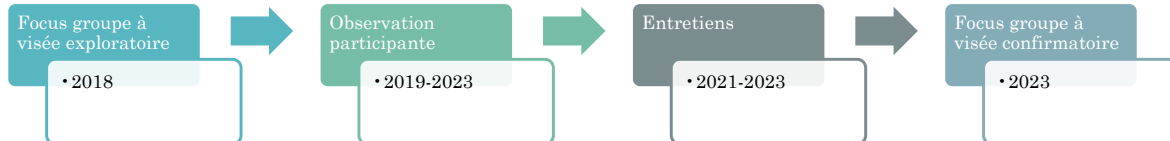


Figure 26 : Modes de recueil de données primaires intégré à notre processus de recherche : une étude en profondeur. Source : Auteure

Pour les données secondaires, nous avons utilisé :

- Des documents et supports internes
- Des données externes

Nous proposons de synthétiser l'ensemble des outils qui nous ont permis de collecter les données, en précisant le type de données recueillies et la période de collecte :

Tableau 25 : Outils de collecte des données. Source : Auteure

Mode de collecte	Données	Période de collecte
1 entretien collectif (focus groupe) à visée exploratoire	Primaire	2018
1 entretien collectif (focus groupe) à visée confirmatoire	Primaire	2023
55 entretiens individuels (semi-directifs)	Primaire	2021-2023
Observation participante	Primaire	2019-2023
Documents internes et externes	Secondaire	2019-2023

La collecte de données primaires et secondaires concourt à obtenir un matériau suffisant pour comprendre le rôle du projet personnalisé à travers les points de vue des acteurs.

2.1. LE FOCUS GROUPE

A l'origine, le focus groupe représentait un groupe de discussions, généralement mobilisé en communication ou marketing (Baribeau et Germain, 2010 ; Marty, 2021). Appliquée à la recherche, le focus groupe s'apparente à un entretien collectif qui traite d'un objet de recherche précis (Baribeau et Germain, 2010).

Le focus groupe vise à recueillir le point de vue d'acteurs, préalablement choisis par le chercheur (Saboune, 2021 ; Albarello, 2022). Les acteurs que nous avons choisis sont multiples et ont différents rôles.

Le focus groupe est particulièrement mobilisé dans le champ de la santé pour faire émerger des hypothèses (Kohn et Christiaens, 2014). Dans le secteur médico-social, il peut :

- Permettre d'identifier un problème et d'en rechercher les causes (Saboune, 2021) ;
- Approfondir une réflexion (Dubruc et Vialette, 2019) ;
- Tester des hypothèses (Dubruc et Vialette, 2019).

Le focus groupe conduit à une interaction entre plusieurs acteurs qui permet de recueillir des informations clés. Il se distingue de l'entretien individuel par :

- Une « dynamique d'échange » créée par les participants (Albarello, 2022) ;
- Une « confrontation de pratiques et d'avis » (Albarello, 2022).

➤ Focus groupe à visée exploratoire

1) Avant le début de l'immersion au sein du terrain d'étude, nous avons mené un focus groupe. Cet entretien collectif visait à explorer les enjeux, qui pouvaient être diverses, du projet personnalisé.

Pour cela, un focus groupe à visée exploratoire a été mené durant l'année 2018 avec quatre participants. De façon anonymisée, nous précisons leurs caractéristiques sous la forme du tableau ci-après :

Tableau 26 : Participants au focus groupe à visée exploratoire. Source : Auteure

Participant	Organisation d'appartenance	Vision ou démarche attendue	Principale région d'exercice	Intérêt théorique pour l'étude
Participant 1	Association médico-sociale	Gestionnaire	Région A ⁹⁴	Management de la santé
Participant 2	Conseil Départemental	Financement et contrôle	Région B	Management public
Participant 3	Université	Réflexive	Région A	Management de la santé
Participant 4	Université	Réflexive	Région A	Management public

Les participants ont été choisis dans le cadre de la thèse. Ils ne font pas partie du terrain étudié (l'association).

Une première rencontre a été réalisée auprès de chaque acteur individuellement notamment pour présenter le sujet de thèse dans leurs régions respectives (Régions A et B). Lors de cette rencontre, deux participants (1 et 2) nous ont envoyé des documents de travail qu'ils avaient rédigé sur le projet personnalisé. Une seconde rencontre a eu lieu sous forme d'entretien collectif. Le focus groupe s'est déroulé par téléphone étant donné les différentes localisations et contraintes horaires de chacun. Chaque participant a donné son accord. Des notes ont été prises à la suite de l'entretien.

L'objectif principale de ce focus groupe fut d'approfondir notre réflexion autour du projet personnalisé (Dubruc et Vialette, 2019). En effet, nous avons mobilisé à la fois une expertise professionnelle (participant 1 et 2) et académique (participant 3 et 4). Nous souhaitons appréhender les enjeux du projet personnalisé à travers leurs points de vue et les échanges qu'ils susciteront.

Enfin, ce focus groupe à visée exploratoire cherchait à développer et à enrichir les thèmes du guide d'entretien. Il s'agit des entretiens individuels menés lors de l'immersion.

⁹⁴ La région A et B

➤ Focus groupe à visée confirmatoire

Durant l'année 2023, nous avons réalisé un focus groupe à visée confirmatoire. Cet entretien comprenait huit participants :

Tableau 27 : Participants au focus groupe à visée confirmatoire. Source : Auteure

Nombre de participants concernés	Vision ou démarche attendue
3	Thérapeutique
4	Éducative
1	Gestionnaire

Il convient de préciser que les participants font partie du terrain étudié. A la suite des échanges et interactions, des notes ont été prises.

Le focus groupe à visée confirmatoire poursuivait deux objectifs (Robert-Demontrond et al., 2018) :

- La confirmation des résultats obtenus ;
- La découverte de changements ou d'évolutions de points de vue.

Ainsi, cet entretien collectif visait à conforter les résultats de l'étude autour du rôle du projet personnalisé. Il poursuivait également l'objectif de valider les facteurs identifiés qui peuvent faciliter ou empêcher le rôle du projet personnalisé.

2.2. L'OBSERVATION PARTICIPANTE PAR UNE IMMERSION DE PLUS DE QUATRE ANS : SE RAPPROCHER DU TERRAIN POUR LE COMPRENDRE

2.2.1. LA POSTURE D'ACTEUR-CHERCHEUR : UNE DOUBLE IDENTITÉ

La posture du chercheur envers la source de données qu'il étudie est particulièrement importante (Baumard et al., 2014).

Lallé (2004) revient sur la posture de « chercheur-acteur ». L'auteur fait référence aux chercheurs en sciences de gestion qui mènent, au-delà de leur activité d'enseignement et de leurs travaux de recherche, une activité de conseil auprès des organisations. La recherche doit pouvoir transformer et à s'ancrer dans l'action (Lallé, 2004).

Dans notre recherche, il ne s'agit pas de transformer l'action dans l'immédiat mais de la comprendre pour agir. Notre rôle d'acteur-chercheur signifie que :

- Le chercheur appartient à l'organisation qu'il étudie. Le terrain d'étude représente également le terrain professionnel ;
- Le chercheur agit au sein de l'organisation qu'il étudie. Ses actions peuvent se trouver en lien ou non avec le phénomène étudié.

Le positionnement d'acteur-chercheur étend celui de « Praticien-chercheur » (Perraut Soliveres, 2001). Il se justifie à travers l'exercice d'une fonction assimilée à « cadre administratif » ou une fonction support au sein de l'association-gestionnaire étudiée. Le statut est donc double : principalement salarié de la structure et chercheur dans un second temps.

Il convient de préciser que notre rôle autour du projet personnalisé a été périphérique. En effet, en tant que fonction support appartenant au siège associatif, le management du projet personnalisé ne faisait pas partie de nos missions. L'immersion nous a principalement permis d'observer comment le projet personnalisé était mobilisé.

Notre rôle d'acteur-chercheur permet :

- De rendre compte de la vie institutionnelle ;
- D'approfondir la connaissance du terrain.

Le fait d'être salarié à temps plein nous a facilité l'accès au terrain grâce à la confiance de la direction associative, des professionnels cadres et non-cadres, ainsi que des enfants et des parents. Les échanges informels et l'entente avec les collègues aspirent à « mieux appréhender un phénomène » (Degeorge, 2015). La « familiarité avec les personnes mais aussi le terrain » (Lemoine, 2005) comporte aussi des biais.

Les difficultés de ce rôle ont donc été les suivantes :

- La quantité de données à traiter ;
 - o La quantité d'informations ne permet pas de toutes les traiter (Jones, 2000). Afin de gérer la quantité importante de données issues de l'immersion au sein de l'association, nous avons fait le choix de collecter les données de deux manières. Lorsque le moment (réunion,

évènement, échanges informels...) présentait un intérêt pour être analysé en lien avec notre objet de recherche, nous prenions des notes *a posteriori* du moment observé. En complément des données primaires, nous utilisions des données secondaires auxquelles nous avons accès (compte-rendu de réunion, logiciels, procédures...).

- La proximité avec les acteurs et le terrain d'étude.
 - o L'observation participante a duré 4 ans et demi au sein de l'association. Elle avait lieu durant la semaine (du lundi au vendredi) et également certains week-end (notamment lors d'évènements conviviaux). D'après Lemoine (2005), il est indispensable « de conquérir peu à peu un détachement, voire une distanciation par rapport à ce qui se déroule ». C'est la raison pour laquelle nous avons des périodes de retrait qui n'étaient pas programmées à l'avance mais plutôt au fil de l'eau. Ces temps de retrait nous permettaient de rédiger et d'approfondir notre réflexion.

Une autre difficulté a émergé lors du travail rédactionnel. Il s'agit de cette tension qui repose sur le chercheur lorsqu'il rédige : « dire sans dire » (D'Arripe, 2015).

D'un point de vue éthique, le chercheur qui exerce l'observation participante ou qui mène une immersion fait face à un dilemme (Genard et Roca i Escoda, 2019 ; D'Arripe, 2015) :

- La rigueur scientifique qui pousse le chercheur à être transparent sur les résultats obtenus ;
- La confiance qu'ont accordé les acteurs au chercheur et qui le pousse à préserver les résultats obtenus.

Faut-il dévoiler ou préserver ?

Pour surmonter cette difficulté, nous avons tenté de répondre à ces deux exigences : la rigueur et la relation avec les sujets observés (D'Arripe, 2015). Nous ne souhaitons ni faire de tort aux sujets observés ni dissimuler des résultats. Nous avons dû traduire certaines données afin que les acteurs ne se reconnaissent pas ou ne soient pas reconnu.

2.2.2. UNE OBSERVATION-PARTICIPANTE NON-REVENDIQUÉE

Le rôle d'acteur-chercheur nous a permis de collecter des données.

Cette collecte s'est réalisée à travers un type d'observation, l'observation-participante.

L'observation-participante présente un intérêt complémentaire à la technique de l'entretien. En effet, si l'entretien se base sur des « données verbales dont l'inférence factuelle est sujette à caution », l'observation-participante a plutôt recourt à des « données factuelles dont les occurrences sont certaines » (Baumard et al., 2014). En effet, l'entretien, dans une certaine mesure, peut se trouver limité car il se compose des discours exprimés par les acteurs. Et dès lors que le chercheur présente la raison de l'entretien à l'interviewé (démarche de recherche), les discours des interviewés peuvent être modifiés. Dans notre étude, l'observation participante nous permet d'étudier des actions, des pratiques ou des discours.

L'observation participante a représenté le premier outil de collecte des données au sein du terrain. Le chercheur a la possibilité d'observer de lui-même ou de visu des processus ou comportements qui se déroulent au sein d'une organisation (Baumard et al., 2014).

La participation à différentes réunions et les déplacements au sein des services et établissements de l'association nous conduisent à observer (Lapassade, 2002). Nous avons pu observer des pratiques de gestion du projet personnalisé, des moments liés à l'accompagnement des enfants, la place du numérique...

Bien que la collecte de données se voulait la plus transparente possible auprès des acteurs, il nous est apparu important de ne pas créer une gêne envers les acteurs. En effet, s'ils se sentent observés, les acteurs pourraient modifier leurs comportements et points de vue en raison d'un malaise. De plus, en tant que salarié de l'association, nous devons veiller à ne pas perdre la confiance des collègues de travail. Nous ne souhaitons pas que notre statut de chercheur puisse les influencer dans leurs points de vue et qu'ils se sentent jugés. En effet, l'observation-participante n'a pas pour but de recueillir des données pour apporter un jugement de valeur. Comme le souligne Dumez (2016, p.210), le chercheur est invité à comprendre le point de vue et les valeurs de l'acteur plutôt qu'à se référer de prime abord à ses propres valeurs. Ainsi, l'observation participante concourt à mieux comprendre le management du projet du personnalisé, les outils et les rôles de chacun. Les données recueillies nous permettent d'enrichir les échanges lors des entretiens et de faciliter nos recherches lors de la collecte des données secondaires. En effet, l'observation-participante avait pour but d'enrichir nos connaissances sur le terrain d'étude.

Dans le cadre de l'observation participante, Baumard et al. (2014) distinguent trois degrés de participation du chercheur que nous avons souhaité synthétiser à travers le tableau suivant :

Tableau 28 : Synthèse des degrés de participation d'un chercheur adaptée de Baumard et al. (2014)

Degrés de participation	Intérêt	Illustration	Effet	Avantages	Inconvénients / Risques
Participant complet	Éviter la méfiance sociale que peut produire l'investigation (Douglas, 1976)	Le salarié-participant ne communique pas qu'il a une activité de recherche en observant les sujets	Observation dissimulée aux individus observés	Absence de biais par la réactivité des individus observés (Lee, 1993)	Données non réutilisées lors des entretiens (Faible latitude voire absente) Découverte de la posture observante du chercheur par les individus observés
Participant-observateur	Compromis Degrés de liberté pour mener une investigation	Le salarié-participant communique qu'il a une activité de recherche en observant les sujets	Double rôle assumé (salarié : membre de l'organisation / chercheur : investigation au sein de l'organisation)	Données pouvant être complétées avec les entretiens (moyenne latitude)	Posture non-neutre du chercheur qui peut entraîner des postures de défense par les individus observés
Observateur qui participe	Rôle de chercheur clairement défini Neutralité plus importante du chercheur	Le chercheur-participant observe les sujets	Rôle marginale d'acteur	Données pouvant être complétées avec les entretiens (grande latitude)	Résistances dès le début de la recherche mais peuvent diminuer si la relation de confiance est développée

Notre posture se situe entre celle du participant complet (par l'observation dissimulée) et de participant observant (par la participation majeure) :

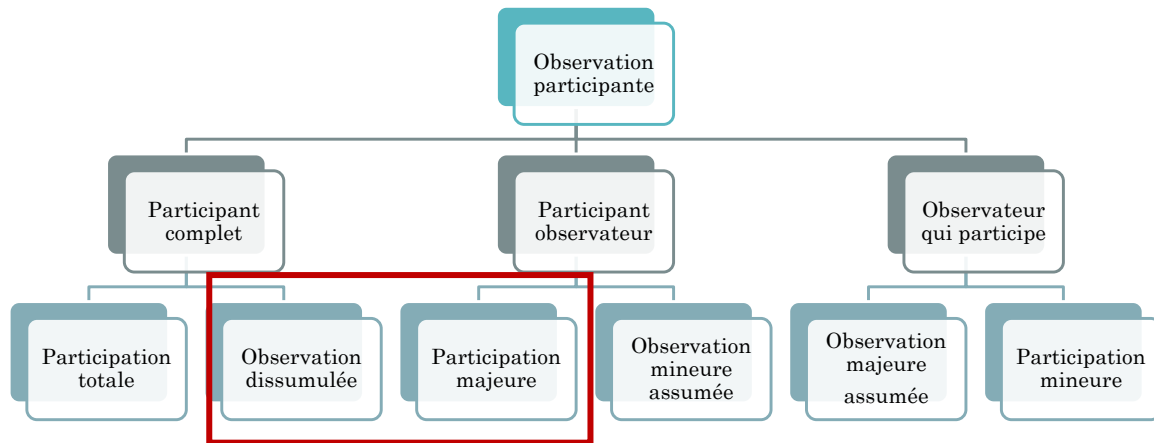


Figure 27 : Synthèse des degrés de participation d'un chercheur adaptée de Baumard et al. (2014)

Cette posture « d'entre-deux » s'explique pour deux raisons. La première est que l'observation participante n'est pas revendiquée. L'observation se trouve partiellement dissimulée car les acteurs peuvent la découvrir par notre posture de chercheur lors de la démarche d'entretien. Nous ne pouvons affirmer avec certitude que l'observation participante n'ait pas été dévoilée. La seconde concerne la participation majeure. Cette dernière s'explique par notre rôle d'acteur professionnel au sein du terrain d'étude. Ainsi, nous ne sommes ni totalement un participant complet ni totalement un participant-observateur.

Le tableau ci-dessous présente notre degré de participation et ses enjeux :

Tableau 29 : Notre degré de participation adapté de Baumard et al. (2014). Source : Auteurs

Degré de participation	Intérêt	Illustration	Effet	Avantages	Inconvénients / Risques
Participant-observateur Observation non-revendiquée (dissimulée partiellement car elle peut être découverte)	Éviter la méfiance sociale par l'investigation Compromis	L'acteur-chercheur communique qu'il a une activité de recherche en menant des entretiens mais dissimule sa posture d'observation participante	Observation dissimulée aux individus observés Double rôle (professionnel de l'association et chercheur) partiellement assumé	Exploiter les données lors des entretiens mais issues de l'activité professionnelle	Découverte de la posture observante du chercheur par les individus observés

Dans le cadre de notre recherche et depuis notre prise de poste, nous avons choisi de mener une observation participante afin de mieux comprendre le travail opéré par les acteurs, mais sans revendiquer cela auprès des acteurs.

Cette observation-participante partiellement dissimulée poursuivait alors plusieurs objectifs :

- Ne pas influencer les actions des acteurs liées au sentiment d'être « observé » ;
- Construire un lien de confiance au préalable des entretiens ;
- Ne pas influencer les futures personnes interviewées afin de contribuer à faire découvrir les thèmes lors de l'entretien.
 - o En effet, lors de l'entretien, les personnes interrogées ne connaissaient pas à l'avance les thématiques qui allaient être abordées.

Ainsi, l'observation participante permettait de comprendre le contexte institutionnel de l'association. Lorsque les entretiens avaient lieu au même endroit, nous veillions à les programmer avec une longue plage horaire entre chaque entretien. Cela permettait de réduire le risque que les acteurs interrogés influencent le discours des futurs interviewés (par exemple, en échangeant dans le couloir). Nous essayions de veiller à ne pas communiquer le nom des personnes interrogées.

De plus, il semblait difficile de dévoiler notre statut d'observateur-participant car les acteurs du secteur médico-social sont relativement peu sensibilisés à la recherche en sciences de gestion et au courant des méthodologies pouvant être mobilisées (bien que ce soit de plus en plus le cas aujourd'hui).

Pour comprendre les différentes représentations de notre posture de chercheur lors de la collecte de données, nous proposons de les synthétiser par le tableau suivant :

Tableau 30 : Présentation synthétique de notre collecte de données. Source : Auteure

Instrument de collecte de données	Observation participante non-revendiquée	Entretiens où la posture de chercheur est non-dissimulée	Focus Groupe où la posture de chercheur est non-dissimulée
Matériau recueilli	Réunions, séminaires Moments informels (repas, fête institutionnelle, visite d'établissement...)	Discours et points de vue lors des entretiens semi-directifs	Discours et points de vue lors du Focus groupe confirmatoire
Présentation en tant que chercheur	Non-revendication du rôle	Non-dissimulation	Non-dissimulation
Posture de chercheur	Implicite	Explicite	Explicite

La non-revendication ne constitue pas une complète dissimulation, car il ne s'agit pas de cacher aux acteurs notre posture d'acteur-chercheur mais d'essayer de ne pas la revendiquer à chaque moment de la collecte de données. En effet, la relation de confiance repose surtout sur notre posture d'acteur, et non de chercheur.

Les moments d'élaboration et de concertation pour la démarche de projet personnalisé n'ont pas été observés. La posture de salarié ne permettait pas d'être neutre auprès des acteurs.

2.2.3. LES MOMENTS D'OBSERVATION ET PARTICIPATION : ENTRE RÉUNIONS INSTITUTIONNELLES ET ÉVÈNEMENTS CONVIVIAUX

L'immersion au sein du terrain d'étude a duré quatre ans et demi (2019 à 2023). Cette immersion représente un total de 3 800 heures. Elle s'est déroulée au sein de l'ensemble des services et établissements présentés précédemment.

Nous avons pu à la fois participer et également observer :

Tableau 31 : Moments d'observation et de participation. Source : Auteure

Type de moment observé	Intérêt pour l'étude
Comité de direction (instance de décision et d'échanges)	Comprendre la diversité des enjeux des cadres de direction ainsi que des jeux des acteurs (Chakor, 2020)
Séminaire	Comprendre la diversité des enjeux des cadres
Assemblée Générale	Comprendre le contexte associatif
Évènements ou moments à visée conviviale <ul style="list-style-type: none"> - Fêtes institutionnelles - Repas 	Comprendre le point de vue des enfants, des familles et des professionnels
Séances de formation	Comprendre les enjeux des ESMS étudiés
Cellules de crise inter-établissements	Comprendre les enjeux des ESMS étudiés lors d'un évènement inattendu
Groupes de travail interdisciplinaire	Comprendre le contexte associatif
Réunions de travail par service ou établissement	Comprendre le contexte associatif
Réunions de travail avec des prestataires externes	Comprendre le contexte associatif
Rencontre avec d'autres services et établissements sociaux et médico-sociaux	Comprendre le contexte associatif

L'observation participante a aussi intégré des échanges informels, dans les couloirs ou « entre deux portes ». Il nous est arrivé à plusieurs reprises, d'écrire des notes *a posteriori*.

Chaque moment était l'occasion d'observer :

- La « vie » d'un service ou d'un établissement comprenant des moments festifs et des périodes difficiles ;
- L'accompagnement global de l'enfant ;
- Les points de convergence et de divergence entre les acteurs ;
- Les jeux de pouvoir.

Les moments d'observation-participante ont été considérés comme périphériques vis-à-vis de l'objet de recherche. Bien que plusieurs moments dans lesquels nous avons observé et agit concernaient explicitement le rôle du projet personnalisé, ils n'étaient pas majoritaires. Cette immersion de longue durée visait à mieux comprendre le contexte dans lequel l'opérationnalisation du projet personnalisé s'exerçait. L'observation-participante n'a pas été réalisée lors de certains moments qui concernaient exclusivement le projet personnalisé et sa démarche car :

- Étant donné que l'observation participante n'était pas revendiquée auprès des autres professionnels, notre rôle de professionnel ne nous permettait pas de pouvoir observer des étapes de la démarche de projet (réunions de concertation, rendez-vous auprès de l'enfant et de la famille...) En effet, il aurait fallu justifier la raison de notre venue.
- Étant donné les missions exercées en tant que fonction support au siège associatif, il pouvait y avoir le risque que les acteurs se sentent contrôlés. Cela aurait contribué à une fausse représentation de notre rôle en tant qu'acteur-chercheur.

2.3. L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF POUR COMPRENDRE LES POINTS DE VUE

L'observation participante a permis de comprendre une partie de l'organisation associative et des enjeux portés par les acteurs. Nous nous trouvions au « cœur » de l'action.

Pour étudier le rôle du projet personnalisé « en profondeur », il est nécessaire de s'intéresser aux acteurs, d'autant plus dans un secteur où l'activité repose sur l'aide à la personne et apparaît conviviale. Nous avons donc fait le choix de compléter l'observation participante par des entretiens individuels. En effet, les entretiens peuvent donner une idée plus précise du sens que portent les acteurs sur le rôle du projet de

l'enfant (Angermuller, 2006). Couramment utilisé en sciences de gestion, si ce n'est le plus utilisé (Romelaer, 2005 ; Grenier et Pauget, 2007), l'entretien semi-directif nous est apparu le plus adapté.

L'entretien semi-directif peut se définir de la manière suivante : « un mode d'entretien dans lequel le chercheur amène le répondant à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche, en l'influençant très peu, et donc avec des garanties d'absence de biais qui vont dans le sens d'une bonne scientificité » (Romelaer, 2005).

Cette technique de collecte de données place le chercheur dans une posture d'empathie (Imbert, 2010). Le chercheur doit avoir la « juste distance » lors de l'entretien (Imbert, 2010). Si le chercheur peut s'appuyer sur un guide d'entretien afin de structurer l'échange, il doit aussi faciliter la liberté d'expression des répondants (Baumard et al., 2014).

Un entretien semi-directif laisse place à des imprévus et à la surprise, le chercheur est alors amené à faire preuve de « sagacité » et de « vivacité » (Baumard et al., 2014). Cela nous a animé durant les entretiens afin d'approfondir les réponses inattendues (par exemple, lorsqu'elles ne correspondaient pas aux réponses des précédents entretiens). Les relances, reformulations et questions spontanées ont animé la dynamique d'entretien (Romelaer, 2005).

L'entretien semi-directif présente au moins deux intérêts pour le chercheur :

- Recueillir « des informations sur ce qu'il cherche *a priori* (les thèmes du guide de l'interviewer) ». (Romelaer, 2005).
- Collecter « des données auxquelles il n'aurait pas pensé (la surprise venant de la réalité du terrain) » (Romelaer, 2005).

De plus, le thème de l'entretien est préalablement choisi par le chercheur (Combessie, 2007).

Plusieurs conditions préalables étaient nécessaires au bon déroulement des entretiens :

- Établir un lien de confiance solide avec les futurs interviewés ou leur intermédiaire (comme le responsable hiérarchique) afin de pouvoir les solliciter. Il apparaissait alors important de tisser des liens de confiance suffisamment solides afin que les acteurs puissent nous « ouvrir leur porte » et livrer leurs points de vue.
- Communiquer avec les futurs interviewés ou leur intermédiaire afin de présenter notre recherche et de programmer les entretiens.
- Préparer le guide d'entretien.

L'entretien permet à l'acteur de livrer ses perceptions. Les entretiens semi-directifs menés nous ont permis l'exploration de notre objet de recherche, à savoir mieux comprendre le recours au projet personnalisé.

Nous identifions trois raisons qui ont facilité la démarche d'entretiens (de la préparation à l'analyse) :

- Le rôle d'acteur-chercheur a facilité le déroulement de la campagne d'entretiens.
- S'impliquer en tant que salarié instaure un climat de confiance avec les interviewés.
- La connaissance des fonctionnements et métiers facilite également les échanges et la production d'analyses.

2.3.1. LA RECHERCHE D'UN CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Dans cette étude de cas, nous avons souhaité suivre les conseils de Yin (2018, p.126) en recherchant le consentement éclairé de chaque personne interviewée.

Le consentement éclairé des répondants (personnes accompagnées majeures ou mineurs, parents, professionnels salariés ou non-salariés...) était systématiquement recherché. Pour les personnes majeures, il leur été présenté oralement l'objectif de l'entretien et l'anonymisation de leurs propos afin qu'ils ne soient pas reconnus.

Pour les personnes mineures, le consentement éclairé des parents, en plus de celui des enfants, devait être formalisé à travers un formulaire de consentement.

2.3.2. LA CAMPAGNE D'ENTRETIENS

Pour tester et valider notre guide d'entretien, nous avons mené quatre entretiens à visée exploratoire. Cette étape nous a permis de mieux cerner les contours de notre objet de recherche et les enjeux exprimés par les acteurs. Ces premiers entretiens se sont donc déroulés dans le cadre d'une phase exploratoire. A ce titre, nous avons mené :

- Deux entretiens avec des personnes qui n'ont pas de lien avec l'association étudiée ;
- Deux entretiens avec des personnes qui ont un lien avec l'association étudiée.

Nous avons pu recueillir des informations pour enrichir le guide d'entretien et collecter des nouvelles données sur le projet personnalisé (Romelaer, 2005).

La campagne d'entretiens au sein du terrain étudié a débuté en 2021. La communication a représenté un élément important. En effet, nous souhaitons faire preuve de transparence tout en respectant le cadre.

La campagne s'est déroulée en plusieurs étapes :

1) Pour commencer, nous devions recueillir l'accord de la direction de l'association. Par la suite, un mail fut envoyé aux directeurs de services et d'établissements pour leur exprimer notre volonté de s'entretenir avec eux et leurs équipes.

2) Puis, en tant que membre du Comité de direction de l'association, nous avons présenté oralement aux membres du comité l'objet de recherche et notre démarche afin de recueillir un accord de principe.

3) Par la suite, les entretiens ont été programmés avec les chefs de service. Nous souhaitons comprendre leurs enjeux autour du projet personnalisé en tant que manager de première ligne ou manager de proximité, et surtout en tant que garant du projet (d'après leur fiche de poste). De plus, les premiers entretiens ont été programmés avec les personnes où les liens de confiance étaient le plus établis.

4) Enfin, les entretiens ont été programmés auprès des équipes interdisciplinaires, avec l'accord et le soutien des chefs de service. Ils ont également été programmés avec d'autres acteurs tels que des enfants, des parents, des directeurs d'ESMS, la direction associative ainsi que des éducateurs de l'Aide Sociale à l'Enfance.

L'observation participante nous a aidé à identifier une période mensuelle pour solliciter les acteurs. Nous avons priorisé la période de juin. Il s'agit d'une période propice qui marque la fin d'année scolaire. Durant cette période, les ESMS organisent des événements festifs et préparent les séjours d'été prévus avec les enfants. Les projets personnalisés sont en général « clôturés » pour l'année scolaire ou ont lieu après la rentrée de septembre. Cela permet d'avoir une vision globale, c'est-à-dire le début, l'avancement et le bilan du projet personnalisé.

2.3.3. LE GUIDE D'ENTRETIEN COMME REPÈRE

Avant chaque entretien semi-directif, un thème général est à déterminer (Combessie, 2007). Le thème général de notre étude concernait le projet personnalisé et ses enjeux. De par la complexité d'abondance de notre objet de recherche (Riveline, 1991), il nous est apparu primordial de faire apparaître d'autres éléments. Le guide d'entretien s'est construit à travers la phase exploratoire qui comprenait un focus groupe à visée exploratoire et quatre entretiens. L'observation participante a également permis d'enrichir le guide

d'entretien. Nous avons testé le guide lors de deux entretiens à visée exploratoire. Ainsi, le guide d'entretien que nous avons construit et utilisé regroupe les thématiques suivantes :

Tableau 32 : Thématiques du guide d'entretien. Source : Auteure

THÉMATIQUES PRINCIPALES	SOUS-THÈMES
L'interviewé	<ul style="list-style-type: none"> - Formation - Parcours professionnel - Mission (actuelle)
L'association	<ul style="list-style-type: none"> - Perception des spécificités associatives et institutionnelles, histoire institutionnelle - Point de vue sur le travail interdisciplinaire
La démarche de projet personnalisé et ses acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Processus de la démarche de projet personnalisé et spécificités de l'organisation - Représentations sur le rôle des acteurs (l'enfant, le parent, le référent du projet, la direction...) - Représentations sur le rôle des partenaires (aide sociale à l'enfance, éducation nationale...)
Les outils du projet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> - Supports et outils mobilisés pour élaborer, mettre en œuvre et suivre le projet personnalisé - Point de vue sur le rôle du projet personnalisé et de ses outils (intérêt, contrôle, outil, contrainte, ...) - Enjeu de la digitalisation du projet personnalisé

Nous nous sommes appuyés sur ce guide d'entretien pour recueillir les informations attendues et avons veillé à faciliter la prise de parole des répondants (Baumard et al., 2014).

2.3.4. L'ÉCHANTILLONNAGE ET LES RÉPONDANTS :

Nous avons continué à mener des entretiens semi-directifs jusqu'au 55ème répondant où nous avons considéré être arrivé à saturation théorique et sémantique (Glaser et Strauss, 1967 ; Marbot, 2006 ; Hlady-Rispal, 2015).

L'étude de cas nous permet de solliciter un large panel d'acteurs (Yin, 2018, p.126). Il apparaît primordial de recueillir les points de vue des acteurs en étant le plus fidèle à la réalité perçue. La cible de répondants n'est donc pas restreinte, tant que les acteurs présentent un intérêt pour le projet de l'utilisateur. Quels types d'acteurs choisir ?

- Les managers : Il est important d'interroger les professionnels qui connaissent, d'une part, les rouages de l'organisation et, d'autre part, la démarche de projet. Les chefs de service représentent ce maillon entre le directeur d'ESMS et les professionnels de terrain. Ces managers sont les garants de l'élaboration et du suivi du projet personnalisé (selon leur fiche de poste).
- Les professionnels de terrain : Pour infirmer ou confirmer leurs discours, nous avons interrogé des professionnels de terrain appartenant à différentes équipes pluridisciplinaires et qui contribuent au projet (psychologue, éducateur, enseignant...).
- Les usagers et leur entourage : Les enfants représentent un acteur primordial puisqu'ils sont les destinataires du projet personnalisé. Enfin, les usagers sont majoritairement mineurs, le point de vue des représentants légaux apparaît tout aussi important.

Nous proposons le schéma ci-dessous pour identifier les trois types de répondant :

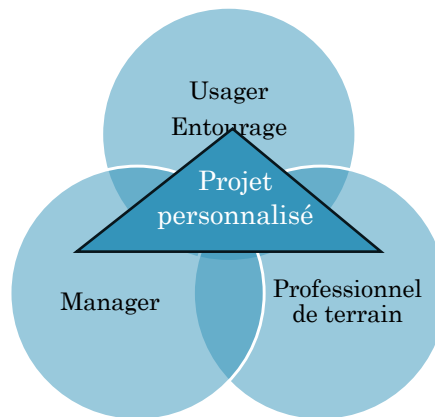


Figure 28 : Trois types de répondants. Source : Auteure

Dans ce schéma, le projet personnalisé est sous la forme d'un triangle car il fait du lien entre les acteurs puisqu'il s'agit d'un objet commun.

Ce schéma vise à montrer que :

- L'utilisateur et son entourage constitue un même type de répondant, dans le sens où ils sont des acteurs du projet (loi 2002-2 et recommandations de l'ANESM) ;
- Les professionnels de terrain représentent une catégorie de répondants incluant plusieurs professions, ils sont plutôt des professionnels de terrain par les disciplines qu'ils représentent ;
- Les managers regroupent les cadres ayant des niveaux hiérarchiques et missions hétérogènes.

Sans chercher à nier la diversité des répondants, cette typologie de répondants permet plutôt d'apporter une compréhension lorsque les acteurs apportent leur point de vue : « Je réponds en tant que... ».

L'observation participante nous a permis d'identifier, de façon plus précise, les rôles attendus des répondants :

Tableau 33 : Rôles attendus des répondants. Source : Auteure

Fonction	Type de répondant « Je réponds en tant que... »	Rôle attendu Projet personnalisé
Enfant	Usager	Central
Parent	Entourage	Central
Chef de service	Cadre assurant des fonctions de management (Association)	Coordination
Directeur Adjoint		Intermédiaire
Directeur		Support
Top Manager		
Pédopsychiatre	Professionnel de terrain (Salarié de l'association)	Central
Psychologue		Central
Éducateur		Central
Psychomotricien		Central
Maitresse de maison		Central
Enseignant Coordinateur pédagogique	Professionnel de terrain (Professionnel de l'Éducation Nationale travaillant au sein de l'association)	Central

Les entretiens ont eu une durée moyenne de 60 minutes et ont été menés entre l'année 2021 et l'année 2023. Nous avons fait le choix d'investiguer en profondeur l'objet de recherche en nous appuyant sur le discours de multiples acteurs. Notre échantillon est composé de 55 personnes dont des acteurs issus de plus de 14 statuts différents selon la répartition suivante :

Tableau 34 : Échantillon de la recherche. Source : Auteure

Affiliation des acteurs de l'association	Statut occupé	Nombre
Équipe interdisciplinaire	Éducateur	9
	Enseignant	3
	Infirmier	3
	Psychologue	4
	Psychomotricien	2
	Pédopsychiatre	1
	Maitresse de maison	1
	Coordinateur	3
Cadre de direction	Manager de proximité	11
	Manager intermédiaire	2
	Top manager	1
Usager	Enfant accompagné	4
Famille	Parent d'un enfant accompagné	5
TOTAL		49

Nous avons également pris le parti d'interroger des acteurs externes en lien direct ou indirect avec l'association, ses professionnels et ses usagers comme le mettent en exergue les deux tableaux ci-dessous :

Tableau 35 : Acteurs externes interrogés. Source : Auteure

Institution représentée (Partenaires de l'association)	Statut occupé	Nombre
Aide Sociale à l'Enfance (ASE)	Référent d'enfant en situation de handicap	3
Agence Régionale de Santé (ARS)	Responsable dans le champ du handicap	1
Total		4

Nous signalons également qu'en amont de nos entretiens, lors d'une phase exploratoire, nous avons pu échanger avec une personne de l'éducation nationale et une personne d'une autre association.

Tableau 36 : Acteurs interrogés lors de la phase exploratoire. Source : Auteure

Institution représentée	Statut occupé	Nombre
Éducation Nationale	Accompagnant des élèves en situation de handicap	1
Autre association	Responsable qualité au sein d'une association accompagnant des enfants en situation de handicap	1
Total		2

Certains acteurs de l'association n'ont pas pu être interrogés pour plusieurs raisons :

- Les professionnelles ayant une fonction de secrétariat n'ont pas souhaité être interviewés car elles considéraient qu'elles ne jouaient pas un rôle significatif vis-à-vis du projet personnalisé. Cependant, deux d'entre elles nous ont confié de façon informelle, lors de l'observation participante, deux missions qu'elles considéraient « minimales ». Nous avons alors pris des notes.
- Le président de l'association et un pédopsychiatre n'ont pas pu répondre à nos questions.

Les enfants-répondants ont été choisis par les chefs de service (managers de proximité). Leur critère de sélection reposait sur la capacité de l'enfant à s'exprimer oralement et à comprendre des questions. Nous souhaitons préciser les précautions qui ont été prises :

- Les questions formulées durant l'entretien et destinées aux enfants ont dû être traduites ou reformulées afin d'assurer une dynamique (Romelaer, 2005). Cela donnait la possibilité à l'enfant de comprendre notre discours. De plus, il était important de ne pas stigmatiser le répondant, (Yin, 2018, p.126).
- Il n'était malheureusement pas possible d'interroger les enfants avec des troubles du spectre autistique, considérés comme sévères et ayant une déficience intellectuelle. Leur compréhension n'aurait pas permis d'étudier en profondeur le sujet de recherche. Il aurait fallu n'utiliser majoritairement que des questions fermées et des moyens de communication particuliers (Ex : pictogramme). De plus, les questions auraient été « trop » traduites, cela aurait pu appauvrir l'échange, au risque de ne pas être compris par l'enfant ou que l'échange ne soit pas exploité (données non-exploitable).
- Pour les enfants interrogés qui relevaient de l'Aide Sociale à l'Enfance, c'est-à-dire qui étaient accueillis au sein de la structure à la suite d'une mesure de placement, en fonction de la situation (parents ayant ou n'ayant pas une « autorité parentale »), cela devait nécessiter l'accord du référent de l'ASE. Aussi, pour certains d'entre eux, ils avaient atteint la majorité lors de l'entretien, donc leur accord suffisait.

2.3.5. LE LIEU ET LES MODALITÉS DE L'ENTRETIEN

Pour les enfants, les entretiens se sont déroulés, en face à face, au sein des locaux de l'établissement qui les accompagne.

Pour les professionnels de terrain et managers, la majorité des entretiens a été réalisée en face à face, au sein de leur environnement, leur lieu de travail.

Pour les familles, la majorité des entretiens a eu lieu par téléphone étant donné leurs contraintes géographiques et de temps.

2.3.6. LE DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Le lien de confiance et la convivialité ont accompagné le déroulement de l'entretien (Imbert, 2010 ; Guittet, 2013). Lorsqu'il était possible, un verre de jus était proposé au répondant. De plus, il était primordial que les répondants-professionnels ne nous perçoivent comme un évaluateur de leur travail. En effet, le poste occupé au sein de l'association pouvait conduire à cette représentation (audit, évaluation...).

En début d'entretien, plusieurs précisions étaient apportées aux répondants :

- Rappel du sujet de recherche et du rôle joué par le chercheur
- Demande d'enregistrement afin de faciliter une retranscription fidèle aux propos tenus
- Rappel de l'anonymisation afin de ne pas reconnaître le répondant (absence de l'identité nominative, aucune fonction lors des passages des verbatims...).

2.4. UN MATÉRIAU SECONDAIRE : LA LITTÉRATURE GRISE

Les données secondaires constituent un matériau qui est déjà accessible pour le chercheur (Baumard et al., 2014). Dès le début de l'immersion au sein de l'association, ce matériau était disponible. Les données secondaires se sont enrichies au fur et à mesure de l'étude.

Nous avons collecté deux types de données secondaires :

- Des documents et supports internes, des données « grises »
- Des données externes

Les documents et supports internes représente une littérature « grise » pour le chercheur (Aloia, 2015). Cette littérature n'est pas scientifique mais permet de comprendre le contexte et les spécificités de notre terrain d'étude (Aloia, 2015).

Tableau 37 : Données secondaires mobilisées. Source : Auteure

Source des données	Accessibilité des données pour la communauté scientifique	Données mobilisées par le chercheur	Collecte	Intérêt pour l'étude
Interne	Données confidentielles (Accès restreint)	<ul style="list-style-type: none"> - Protocoles, procédures, formulaires, fiches d'incident, documents institutionnels dont certains ont été produits dans le cadre de la loi 2002-2 (livret d'accueil, projet d'établissement...) - Comptes-rendus de réunions (Comité de direction, groupes de travail...) - Rapports d'activité de l'association - Résultats d'enquêtes de de satisfaction - Logiciels de gestion documentaire et de gestion des données de l'utilisateur 	Majoritaire	Lien explicite avec le projet personnalisé
Externe	Données accessibles (Accès libre)	<ul style="list-style-type: none"> - Site internet de l'association, blog et son compte officiel sur les réseaux sociaux officiels (Youtube, LinkedIn, Facebook) - Site de Légifrance (lois et décrets qui concernent le champ du handicap) 	Minoritaire	Lien secondaire avec le projet personnalisé

2.5. L'ANONYMISATION DES DONNÉES

L'ensemble des entretiens semi-directifs ont été enregistrés puis retranscrits.

Nous avons garanti à l'ensemble des répondants l'anonymisation de leurs réponses. De plus, plusieurs professionnels ont évoqué leurs précédentes expériences de travail ou leurs anciennes fonctions. Ainsi, il nous apparaît cohérent de ne pas préciser la fonction et le type d'établissement étant donné que les répondants peuvent être reconnus. Toutefois, pour faciliter la compréhension des extraits d'entretien, nous précisons au sein de l'analyse des résultats, les éléments importants que le lecteur a besoin de connaître pour comprendre le sens du discours formulé. Par exemple, si la personne évoque son expérience de direction ou d'accompagnement.

Il convient de préciser que tous les noms (enfants, professionnels, familles) sont modifiés afin de conserver l'anonymat. Le nom de l'association n'est également pas communiqué ainsi que certaines particularités liées à son statut, son fonctionnement ou à des outils qu'elle mobilise (exemple : le nom des logiciels).

SECTION 3 - UNE MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES PAR L'ATTENTION FLOTTANTE ET UN TRIPLE CODAGE

Dès lors que la collecte de données s'est terminée, se pose la question de l'analyse. Le chercheur est amené à se poser les questions suivantes (Blanc, Drucker-Godard, et Ehlinger, 2014) : Que fait-on des données à traiter ? Comment les dépouiller ? Comment les analyser ?

En somme, comment passer des données brutes aux résultats ?

Avant de commencer l'analyse des données, le chercheur doit tenter de se prémunir du risque de circularité, c'est-à-dire de ne pas « se focaliser sur les seuls faits venant confirmer la théorie » (Dumez, 2013). La première étape consiste alors à traiter le matériau dans son entièreté par une « attention flottante » (Ayache et Dumez, 2011 ; Dumez, 2016, p.69).

1. L'ATTENTION FLOTTANTE

La méthode de l'attention flottante se caractérise par une lecture continue du matériau « sans fixer son attention sur quelque élément que ce soit » (Dumez, 2016, p.70).

Il s'agit d'une « lecture flottante » ou d'une pré-analyse des données afin de « faire connaissance [avec les données collectées] en laissant venir à soi des impressions, des orientations » (Bardin, 2013). Le chercheur approche les données de façon ouverte, c'est-à-dire qu'il laisse une place à l'étonnement tout en essayant de s'éloigner de ses *a priori*. (Ayache et Dumez, 2011 ; Moscarola, 2018). Enfin, cette méthode nous a permis d'identifier progressivement les thèmes récurrents (Ayache et Dumez, 2011).

2. LE PROCESSUS DE CODAGE

2.1. UN CODAGE MULTITHÉMATIQUE

La richesse des données collectées ainsi que notre raisonnement par l'abduction nous a conduit à mener un codage multithématique (Ayache et Dumez, 2011). Ce type de codage mobilise des thématiques issues des orientations théoriques du chercheur et des données empiriques (Ayache et Dumez, 2011). Tout comme l'attention flottante, le codage multithématique permet de réduire le risque de circularité à travers la démarche qu'il mobilise (Ayache et Dumez, 2011). En effet, ce codage se déroule en plusieurs étapes :

1) Identifier des thèmes

- En tenant compte des recommandations des auteurs (Ayache et Dumez, 2011), nous avons cherché à produire plusieurs thèmes pour commencer à apporter une structuration au matériau. Nous avons veillé à ne pas considérer cette étape comme le début d'une structuration de l'analyse.

2) Chercher l'hétérogénéité des thèmes

- Certains thèmes sont issus du matériau. Les thèmes récurrents ont pu être identifiés lors de l'attention flottante (Ex : la concertation, le digital, l'interdisciplinarité...).
- Certains thèmes sont issus de l'orientation théorique de l'étude (telle que la dimension processuelle d'un projet).
- Cette étape nécessite donc de les différencier (les thèmes qui relèvent de l'empirie et ceux qui relèvent de la théorie).

3) Réaliser un travail de recouplement des thèmes

- Cette étape a nécessité de voir si des thèmes peuvent se regrouper avec d'autres. Lorsque c'était le cas, nous avons procédé à une modification de l'intitulé du thème. Nous pouvons donner l'exemple du thème « démarche de projet ». D'un point de vue théorique, le projet faisait référence à un processus au lieu que dans notre matériau, les extraits d'entretien ont montré que le projet personnalisé impliquait différentes étapes sans les nommer ainsi. Nous avons donc regroupé ces deux thèmes (processus) et (étapes de projet) en démarche de projet.
- Ce recouplement nous a finalement permis de procéder au codage des différentes unités de sens, lesquelles correspondent à un mot, une phrase, un groupe de phrases telles que des extraits d'entretien, au sein des différentes thématiques.

Les codes retenus sont divisés en deux niveaux :

- Des codes généraux, de premier niveau (numérotés de 1 à 7) ;
- Des codes spécifiques, de second niveau (indexés à chaque code général).

La grille de codage mobilisée a été la suivante :

1. Contexte
○ Associatif
○ Institutionnel (Établissement / Managérial)
○ Covid
2. Interdisciplinarité
3. Intérêt de l'enfant
4. Démarche de projet
○ Élaboration du projet
○ Concertation (Synthèse)
○ Contractualisation
○ Mise en œuvre
○ Suivi et régulation
○ Évaluation
5. Enjeux de la digitalisation du projet

6. Dynamique partenariale

7. Les rôles des acteurs

- Parents
- Enfant
- Partenaires institutionnels
- Référent
- Manager de proximité
- Manager intermédiaire
- Top manager
- Acteurs Thérapeutiques
- Acteurs Éducatifs
- Acteurs Pédagogiques

2.2. UN TRIPLE CODAGE

L'intérêt du triple codage consiste à faire coder un même échantillon et de façon indépendante. Cela permet également de mener un codage similaire d'une partie des données brutes, avec le même instrument.

D'autre part, il nous paraissait important de mobiliser un chercheur qui connaît le secteur que nous étudions (par son champ de recherche). En effet, ses connaissances sur le secteur permettent d'enrichir l'analyse.

Le codage a été mené par trois codeurs distincts :

- Le codeur « influencé » par l'immersion au sein de l'association
 - En tant qu'acteur-chercheur, nous avons passé un temps important au sein du terrain d'étude (plus de quatre années). Cela nous a permis d'observer, de comprendre les pratiques mises en place autour du projet personnalisé et surtout d'approfondir nos connaissances sur le terrain d'étude. Notre subjectivité s'est vue accroître par un sentiment d'empathie grandissant, même si nous maintenions des périodes de retrait et un travail d'écriture *a posteriori* des moments d'observation.
- Le codeur « indépendant et expérimenté »
 - Il apparaissait nécessaire de s'assurer que le codage puisse se faire de façon plus indépendante. Le codage par un autre chercheur peut permettre de faire émerger des points de convergence et des enrichissements sur le codage entrepris par l'acteur-chercheur. Par

son indépendance et sa « distance » vis-à-vis de la collecte des données, le second codage concourt à la fiabilité des résultats.

- Le codeur est expérimenté car il a pu utiliser le codage durant sa thèse mais a un regard « neuf » sur l'objet de recherche.
 - Il s'agit de SG, Docteure en sciences de gestion et spécialisée en management public.
 - Le codeur indépendant a assuré le codage de 10% des données issues des entretiens semi-directifs. Il s'agit de 5 entretiens.
- Le codeur « indépendant et connaissant le secteur »
- Ses travaux de recherche s'intéressent de près à notre objet de recherche (personnalisation de l'accompagnement).
 - Il s'agit de CD, doctorante en sciences de gestion dont le sujet de thèse s'articule autour de la prise en charge personnalisée de patients atteints de maladies chroniques dans les établissements médico-sociaux (chercheur relativement « neutre »).
 - Le codeur indépendant a assuré le codage de 10% des données issues des entretiens semi-directifs. Il s'agit de 5 entretiens.

Le champ théorique que nous avons mobilisé réunit au moins deux pans du management : le management de la santé et le management public. Le codage par deux chercheurs qui s'investissent au sein de ces deux champs apparaît cohérent avec notre approche.

Afin de faciliter le codage d'un point de vue ergonomique, l'ensemble des codeurs ont utilisé le logiciel Nvivo12. Le codage à l'aide du logiciel Nvivo a fait apparaître des nœuds. La structuration des nœuds est présentée ci-après :

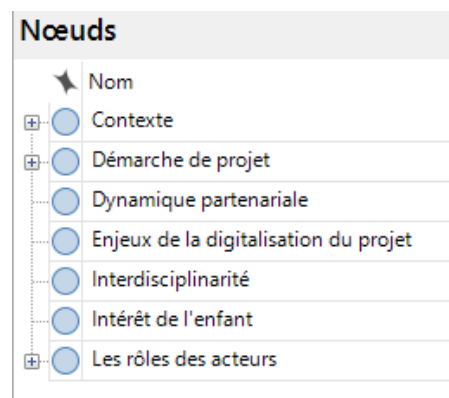


Figure 29 : Nœuds généraux retenus sur Nvivo 12. Source : Auteure

Le codage contribue à la fiabilité et la validité de l'instrument de mesure (Drucker-Godard, Ehlinger et Grenier, 2014).

SYNTHÈSE DU CHAPITRE

La section 1 a présenté la réflexion épistémologique que nous avons menée pour choisir la posture interprétativiste. Elle a également précisé notre problématique de recherche qui s'inscrit en tant que toile de fond de cette étude : « Comment le projet personnalisé peut-il être mobilisé par les acteurs médico-sociaux ? ». Elle a présenté les questions de recherche qui découlent de la problématique. Elle visait également à articuler de façon cohérente nos choix méthodologiques : le processus exploratoire hybride, le raisonnement abductif ainsi que la démarche qualitative.

La section 2 visait à justifier le choix d'une stratégie de recherche : l'étude de cas unique. Elle exposait également les limites et biais de ce type d'étude ainsi que les réponses apportées par le chercheur (comme la saturation théorique et la triangulation). Elle expose les spécificités du terrain d'étude : une association-gestionnaire du handicap spécialisée dans le champ de l'enfance. En effet, le terrain associatif choisi regroupe un champ large des réponses opérées par les acteurs afin de comprendre le rôle du projet personnalisé. Cette section a également présenté le contexte historique singulier de l'association. Il s'agit de son « ADN » : l'interdisciplinarité. Par la suite, nous avons précisé la collecte de données par :

- un focus groupe à visée exploratoire et un focus groupe à visée confirmatoire ;
- une observation participante non-revendiquée avec le rôle d'acteur-chercheur, rendue possible via une immersion au sein du terrain d'étude, de plus de quatre ans et demi (2019 à 2023) ;
- la réalisation de 55 entretiens semi-directifs dont 4 entretiens à visée exploratoire
- une revue documentaire avec majoritairement de documents internes

La section 3 a précisé le déroulement de la méthode d'analyse des données. Elle a précisé la démarche d'attention flottante pour éviter le risque de circularité. Elle visait à expliciter le processus de codage (codage multithématique et triple codage à l'aide du logiciel NVivo 12 par le chercheur, et deux chercheurs indépendants).

Tableau 38 : Tableau synthétique de la méthodologie déployée. Source : Auteure

<p>Problématique de recherche</p>	<p>Comment le projet personnalisé peut-il être mobilisé par les acteurs du secteur médico-social ?</p>
<p>Positionnement épistémologique</p>	<p>Interprétativiste</p>
<p>Stratégie de recherche</p>	<p>Étude de cas unique au sein d'une association-gestionnaire du handicap</p>
<p>Collecte des données</p>	<p>2 Focus groupes</p> <p>Observation participante non-revendiquée d'une durée de quatre an et demi</p> <p>55 entretiens semi-directifs</p> <p>Documents internes et externes</p>
<p>Méthode d'analyse des données</p>	<p>Attention flottante</p> <p>Codage multithématique à l'aide du logiciel NVivo 12</p> <p>Triple Codage</p>

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION PARTIELLE

*« Et donc, quand on a commencé [...] on a essayé de travailler dans la même dynamique avec ces équipes pluridisciplinaires, [...] c'est vraiment dans l'ADN de (l'association). [...] Mais on a toujours eu cet équilibre au niveau du triptyque [...] on parle de l'éducatif, on parle du pédagogique ou au niveau du soin [...] donc la parole de tous les professionnels est prise en compte et la logique de pluridisciplinarité allait dans ce sens-là. C'est-à-dire qu'on essaie d'avoir un maximum d'informations, un maximum de compréhension de l'enfant pour pouvoir répondre au mieux à ses besoins. »
Répondant 49*

L'association promeut un accompagnement interdisciplinaire basé sur un triptyque thérapeutique, pédagogique, et éducatif, qui prend en compte tous les interlocuteurs de la vie de l'utilisateur au même niveau d'importance, qu'il s'agisse d'un thérapeute, d'un enseignant ou encore de la maîtresse de maison ou du chauffeur. En effet, pour l'association, ces acteurs jouent un rôle clé dans la vie de l'enfant et la compréhension de ses dynamiques au quotidien. Cela implique par exemple le déplacement d'une infirmière dans

l'environnement de travail d'un éducateur à savoir lors d'un temps éducatif et ce, pas seulement lors de réunions.

Cela n'a pas été complètement pratiqué, intégré ou compris par les acteurs. Bien que la majorité des répondants soutiennent cette approche, certains ont exprimé les limites ci-dessous :

- Confusion des rôles : qui fait quoi ?
- Perte d'« identité » professionnelle : que valent les compétences pour lesquelles nous avons été formés ?
- Absence de distanciation : une vision de proximité certes, mais comment prendre du recul sur la situation de l'utilisateur ?

Néanmoins, des apports ont également été exprimés par les répondants :

- Proximité avec l'enfant : relation de confiance, compréhension des environnements de vie de l'utilisateur, etc.
- Observation plurielle avec confrontation interdisciplinaire des points de vue sur un même environnement de vie

SECTION 1 - COMPRENDRE LE PROJET PERSONNALISÉ

1. LE PPA, UN OUTIL AU SERVICE DE L'USAGER

Le projet personnalisé n'est pas le seul projet des organisations médico-sociales étudiées. Plusieurs projets coexistent au sein de l'association. Chaque forme de projet se différencie par son contenu et ses rédacteurs. Nous pouvons différencier le projet individualisé (personnalisé) des projets institutionnels (de groupe, de service, d'établissement et associatif).

Il est attendu que le projet personnalisé soit mis à jour une fois par an. Pour les autres projets cités ci-dessous, cela varie, et ils supposent d'être mis à jour une fois tous les 5 ans. Cela dépend des considérations des personnes en charge de la rédaction. D'un point de vue réglementaire, les projets d'établissement ou de service médico-social sont soumis à une mise à jour tous les 5 ans.

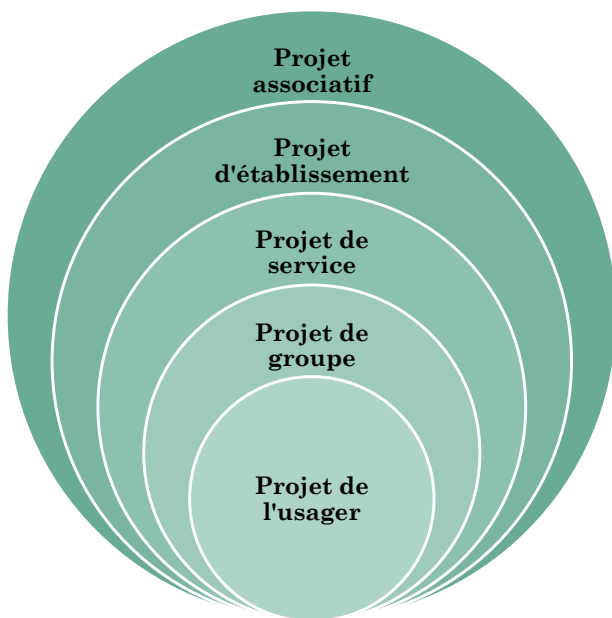


Figure 30 : Le PPA, un projet parmi les projets : du nano-projet au méga-projet. Source :
Auteure

Les projets présents au sein de l'association suggèrent au moins 5 niveaux : nano, micro, méso, macro, méga. Cela signifie que le nano-projet, celui de l'utilisateur, se situe à une échelle la plus opérationnelle et concrète de l'activité de l'établissement. Le méga-projet, porté par l'association, apparaît comme le plus abstrait et comme le « fil-rouge » de l'ensemble des projets.

Le nano-projet s'accompagne d'une approche individualisée, le micro-projet d'une approche collective, le méso-projet, le macro-projet et le méga-projet d'une approche institutionnelle.

Les entretiens révèlent que les niveaux hiérarchiques correspondent plus au moins aux formes et durées d'implication autour du projet personnalisé. Selon le statut du professionnel ou du représentant institutionnel, l'implication sera différente. En effet, plus on s'éloigne du projet de l'utilisateur, plus l'implication des acteurs apparaît plus implicite car plus gestionnaire.

D'autre part, plus on se rapproche du projet de l'utilisateur, c'est-à-dire d'une démarche plus opérationnelle, plus l'implication des professionnels sera explicite.

Nos recherches nous ont permis d'observer que ces acteurs se distinguent principalement :

- D'une part, par le territoire d'appartenance - du plus local pour l'utilisateur au plus régional comme le financeur ;
- D'autre part, par le nombre d'acteurs impliqués – plus ils augmentent, plus l'on se rapproche de l'échelle opérationnelle, soit au niveau de l'utilisateur ;
- Enfin, par l'investissement des acteurs dans le projet personnalisé – plus l'investissement est régulier, plus il y a une proximité envers l'utilisateur, à l'inverse, plus il est ponctuel, plus on s'en éloigne (exemple du financeur).

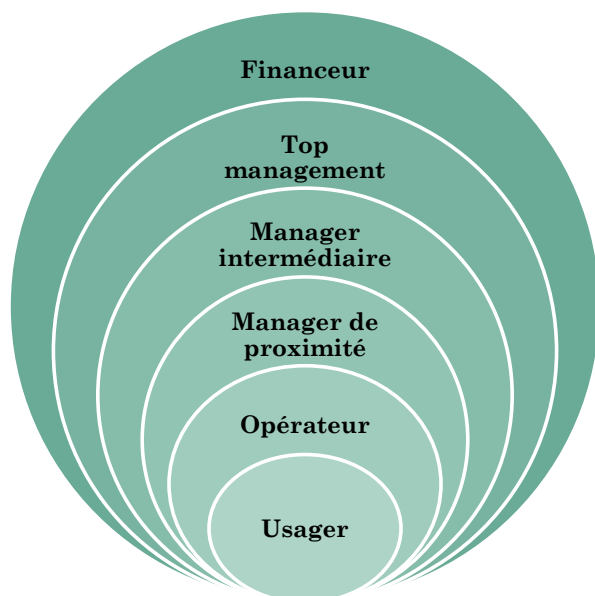


Figure 31 : les acteurs impliqués : de l'accompagné au financeur de l'accompagnement.

Source : Auteure

Ce schéma a pour visée de faciliter la compréhension du terrain mais mériterait d'être complété par l'implication de certains acteurs familiaux et institutionnels (parents de l'utilisateur, Aide Sociale à l'Enfance...) afin d'être plus représentatif des dynamiques de réseaux complexes qui régissent ce milieu.

Cette complexité s'illustre notamment par les niveaux d'implication des acteurs non médico-sociaux qui varient selon leurs disponibilités, leurs postures face à la situation de l'enfant (opposition, conciliation) mais aussi la capacité des professionnels en charge du projet à encourager la participation des parties prenantes.

➤ PPA ET PPI : UN PROJET DANS LE PROJET

A l'échelle associatif, le projet personnalisé apparaît comme un nano-projet (cf. Figure 30). Toutefois, à l'échelle de l'accompagnement, plusieurs répondants ont fait part que le projet personnalisé est global, pouvant intégrer plusieurs besoins de l'enfant. Parmi ces besoins, il y a la scolarité. Ainsi, selon plusieurs répondants enseignants, le projet pédagogique (Projet pédagogique individuel ou PPI) fait partie du projet personnalisé.

Bien que l'interdisciplinarité promue par l'association se trouve globalement acceptée par les répondants pour la démarche de projet personnalisé, nous avons tout de même observé une certaine réticence. Ainsi, même s'il n'y a pas d'opposition explicite des enseignants spécialisés au PPA, plusieurs répondants ne perçoivent pas d'intérêt pour leur discipline à l'égard de certains outils mis en place par l'association tels que le référentiel utilisé en tant qu'outil de diagnostic.

La démarche de PPI a rencontré des enjeux communs au projet global de l'utilisateur, avec une volonté de passer d'une culture généralement orale à une culture mixte (orale et formelle). Cette dernière est parfois considérée comme plus équilibrée car elle permet de poursuivre les échanges, tout en permettant de les retranscrire. Parmi les acteurs du projet personnalisé, l'enfant apparaît central bien que les proches (famille, ASE, etc.) soient susceptibles d'intervenir ou d'être sollicités.

2. CONTEXTE DE LA NAISSANCE DU PPA DÉMATÉRIALISÉ

Dans un contexte associatif de transformation structurelle et numérique, le gestionnaire a concentré les expertises pour mieux organiser et coordonner les tâches. Cela s'est traduit par un passage d'une structure

hiérarchique à une structure hiérarchico-fonctionnelle, marquée par la création du « Centre de Service Partagé » (CSP) en 2018, regroupant plusieurs services de support. Pour accompagner ce changement, des recrutements, promotions et relocalisations ont été effectués, visant à centraliser les fonctions et standardiser les processus. L'information est regroupée à un même endroit. Chaque fonction a eu la référence d'un outil numérique. Le tableau ci-dessous indique l'outil attribué à chaque fonction support.

Tableau 39 : Attribution de la référence d'un logiciel par fonction support. Source : Auteure

Type d'outil	Référent
Logiciel de management de la qualité	Responsable qualité
Logiciel de gestion de la paie	Gestionnaire paie
Logiciel comptable	Coordonnateur comptable
Registre unique du personnel	Gestionnaire paie
Logiciel de gestion des ressources humaines	Responsable des Ressources Humaines

La restructuration se concentre sur l'établissement d'un circuit de communication unifié et une intégration des fonctions avec des outils numériques. Le premier outil mis en place était la gestion comptable, en accord avec des objectifs financiers, alignés sur la maîtrise des coûts encouragée par la logique du Nouveau Management Public (NMP).

Une transformation importante a été l'introduction de deux nouveaux indicateurs d'activité à partir de 2015, relatifs aux projets personnalisés formalisés et signés par les parents. Les directions doivent justifier tout écart par rapport à 100% de réalisation. Comme soutient Van Stolk et Wegrich (2008), la production d'indicateurs découlerait d'une logique de « rendre compte ».

La dématérialisation des données de suivi de l'accompagnement des enfants était attendue, compte tenu des nouveaux choix associatifs. En 2017, un logiciel de gestion des dossiers des usagers a été progressivement introduit, impliquant des actions telles que l'achat de tablettes, la désignation d'un chef de projet et la nomination d'un référent rémunéré par prime dans chaque établissement. Cette transition a nécessité des investissements tant humains que financiers. Le gestionnaire a utilisé la nomenclature de la réforme tarifaire

SERAFIN-PH pour concevoir le "E-projet", montrant l'influence de la logique financière sur l'outil numérique.

Enfin, nous avons voulu décrire les effets produits par la dématérialisation du suivi de la situation de l'enfant à travers le tableau présenté ci-dessous.

Tableau 40 : Émergence de deux approches lors de la dématérialisation du suivi de la situation de l'utilisateur. Source : Auteure

APPROCHE OPERATIONNELLE	APPROCHE MANAGERIALE
Tenue du dossier de l'enfant accompagné (données administratives, emploi du temps,...)	Rappel, avertissement ou sanction de la direction auprès de salariés (absence de traçabilité, absence de compte-rendu pour le projet de l'enfant,...)
Observations, transmissions et incidents rattachés au dossier dématérialisé du jeune	Interpellation du service qualité (suivi des fiches d'incident)
Elaboration d'un projet personnalisé pour chaque jeune	Réunions dédiées au remplissage de la valise documentaire de l'utilisateur (taux de remplissage du dossier de l'enfant, contrôle de l'emploi du temps,...)
Mise en place d'un projet de soin et suivi médical (ordonnance dématérialisée,...)	Veille de la part du chef de projet (mails de rappel, normes de référencement, formations...)

Le logiciel de l'association permet d'accéder au dossier dématérialisé de l'enfant. Les informations contenues peuvent servir à la préparation des temps de concertation.

⇒ La phase de transition du E-projet : Du transfert des données à la formation des professionnels

« On a basculé sur la nouvelle trame mais on le faisait nous-même et à partir de l'année dernière, on a pris le temps de bien former » Répondant 2

Avant la mise en place du logiciel de gestion du dossier de l'utilisateur, chaque établissement utilisait leur propre support (matérialisé). Cette logique de différenciation (Lawrence et Lorsch, 1967) s'est au fil de l'eau estompée pour laisser place à l'intégration d'un seul outil numérique.

Afin de mener à bien ce changement stratégique, les établissements ont dû transférer les données issues de leur ancien outil vers le nouvel instrument numérique.

« C'est que A (la secrétaire), elle rentre toutes les données administratives » Répondant 1

« Ça été progressif » Répondant 1

« On a fait 2 heures de formation pour chaque groupe [...] il (le logiciel) est bien » Répondant 1

Le déploiement du logiciel s'est réalisé graduellement. Le temps de former tous les professionnels de terrain, les chefs de service en partenariat avec les secrétaires se sont mobilisés afin de pérenniser l'existant au sein de l'outil. Des formations collectives ont été organisées.

« Les équipes (ne) peuvent pas rentrer un nouveau PPA⁹⁵ [...], c'est bloquant [...] elles pourraient le faire » Répondant 1

Nous constatons qu'après sa diffusion, la mise à jour du E-projet sollicite à nouveau les chefs de service et les secrétariats. Bien que de nouvelles missions aient été assignées aux acteurs du projet, des incompréhensions sur la répartition du travail subsistent (Molina, 2014).

SECTION 2 - L'INFLUENCE DE LA LOI DU 2 JANVIER 2002 SUR LE PPA

1. LA SYNTHÈSE, AUX PRÉMICES DU PPA AVANT LA LOI 2002-2

L'élaboration du projet personnalisé est marquée par une étape appelée par les répondants : « la synthèse » ou « la réunion de synthèse ». À l'origine, donc avant la loi 2002-2, la « synthèse » consistait à réunir les professionnels accompagnants pour analyser la situation de l'enfant.

Lors de cette période, le fonctionnement institutionnel se caractérisait par des réunions d'équipe et des « synthèses » qui comprenaient l'ensemble des professionnels accompagnants.

Les réunions organisées avec l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire permettaient à chacun d'exposer son point de vue sur la situation de l'enfant. Ces temps d'échanges étaient « riches ». La synthèse consistait à répondre au besoin collective d'interaction mais elle ne laissait pas de place à la formalisation de l'expertise

⁹⁵ PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement, le terme utilisé parmi tous les acteurs de l'association mobilisée

qui en ressortait. Le dialogue « libre » et uniquement oral concourrait à une absence de support en tant qu'un aide-mémoire. Cela pouvait rendre alors difficile l'intégration des objectifs pour chaque enfant.

« On arrivait tous avec nos idées, ce n'était pas structuré. Il n'y avait même pas quelque chose pour formaliser notre pensée. C'était une discussion, c'est très riche, mais par contre, formalisation zéro. Du coup, on perd à un moment les objectifs » Répondant 4

Il est à noter que certains acteurs nous ont signalé qu'avant la législation de 2002, certains établissements médico-sociaux en France élaboraient déjà un projet pour les enfants qu'ils accompagnaient.

2. LA RÉPONSE DES ACTEURS À LA LOI 2002-2 : UNE MÉTHODOLOGIE DE PROJET GLOBALE

Dans le début des années 2000, l'appellation de la « synthèse » était courante au sein de l'association. Le terme de « projet personnalisé » ne faisait pas encore parti du vocabulaire professionnel couramment utilisé.

« On n'appelait pas ça PPA, on faisait des moments de synthèse ce qu'on appelle encore aujourd'hui, un peu la synthèse, mais qui devrait s'appeler l'élaboration du PPA. [...] Je n'avais pas la vision du projet global d'accompagnement. [...] Qu'est-ce qu'il y avait en amont ? Qu'est-ce qu'il y avait après ? Bruit qui signifie : je ne sais pas » Répondant 15

L'arrivée de la loi du 2 janvier 2002 ainsi que les changements structurels du secteur (abandon du vase-clos, logique de projet, intégration des familles dans le processus de personnalisation, formalisation, parcours de soins, désinstitutionalisation, inclusion, numérique...) ont rendu de plus en plus visible la démarche de projet personnalisé. La « synthèse » est considérée comme un espace d'élaboration du projet global de l'enfant. Le temps de synthèse représente une étape du processus d'élaboration du projet de l'enfant.

Ce temps de concertation s'est progressivement structuré. Au préalable de la concertation, les professionnels préparaient un diagnostic propre à leur discipline. Réunir un collectif de professionnels et leur demander individuellement un diagnostic n'apparaissaient pas suffisant pour permettre une objectivation de l'expertise pluriprofessionnelle. Il subsistait une vision compartimentée des professionnels malgré la mise en commun de leurs expertises lors de la concertation. L'une des critiques formulée était que l'évaluation était plus centrée sur les difficultés de l'enfant, sans prendre en compte ses compétences existantes. Ainsi, il fallait trouver un objet commun pouvant objectiver l'analyse. Cela a alors entraîné la

naissance du « squelette » du projet personnalisé. Cet objet standardisé et porté par l'association devait conduire les professionnels à objectiver collectivement la situation et à rendre plus efficace les échanges.

« Pour le coup, je pense qu'il y avait besoin de structuration et ça pouvait très vite partir sur un discours redondant de ce qui n'allait pas pour l'enfant et on oubliait ce qui allait bien. Je trouve que l'évolution des PPA, il y a des points négatifs mais les points positifs, c'est qu'on tire aussi beaucoup, beaucoup de positif de l'enfant. Et ça, je trouve ça bien. Je trouve que ça a permis de structurer et d'éviter ces effets de plaintes ou de redondances » Répondant 4

Le format originel du « squelette » non dématérialisé du projet personnalisé se caractérisait par :

- Un ensemble d'informations réunies sur un même support ;
- L'identification des compétences de l'enfant et de ses difficultés ;
- Les objectifs déterminés pour l'enfant ;
- Les moyens déployés et différenciés pour chaque fonction ;
- Une planification et une évaluation pour assurer le suivi du projet ;
- Le point de vue des parents.

Le premier outil élaboré était perçu efficient car il permettait d'intégrer une dynamique d'évaluation. Par la suite, 6 mois après la synthèse, le support permettait de comparer les objectifs identifiés avec l'accompagnement réalisé. D'après le Répondant 28, le projet présentait l'avantage d'être formalisé sur un seul support visuel (une seule page).

« C'était assez complet. [...] En fait, tu avais une vision globale parce que sur une feuille, en A3, tu avais atteint l'ensemble des objectifs avec effectivement, les moyens qui étaient déclinés par profession puisque chacun n'avait pas les mêmes moyens pour les obtenir, et puis l'échéance » Répondant 28

Pour répondre aux objectifs, la méthode et les actions pour y parvenir différaient selon les disciplines professionnelles.

Le début de la période « post loi 2002-2 » se caractérisait par une méthode d'élaboration du projet avec la formalisation de points de vue et d'expertises. L'ensemble de l'équipe se réunissait pour confronter leurs avis, certains professionnels partageaient également les objectifs visés.

3. LE PPA DÉMATÉRIALISÉ : UN OUTIL PENSÉ PAR L'ASSOCIATION EN RÉPONSE À LA LOI 2002-2

Plus de 15 ans après la loi 2002-2, l'association a eu recours à un nouvel outil dont la trame est expliquée ci-après. Celui-ci est intégré au logiciel de gestion du dossier de l'utilisateur :

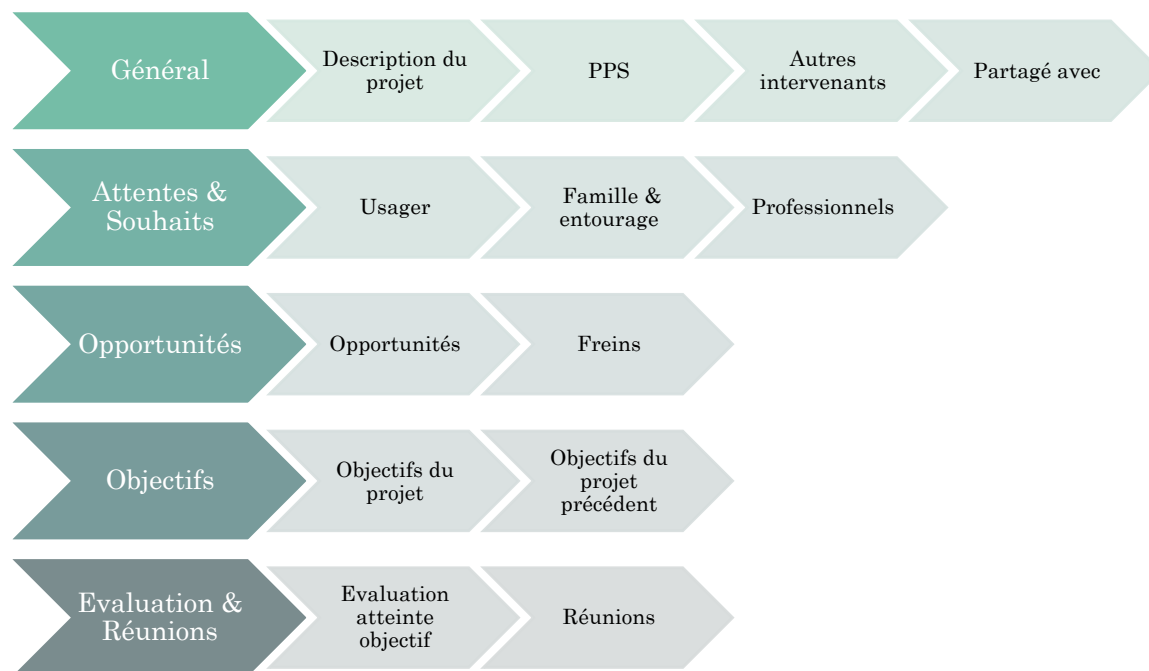


Figure 32 : Le « squelette » ou le « socle » du projet personnalisé standardisé et digitalisé pour la concertation. Source : Auteure

Dans cet outil, nous retrouvons plusieurs onglets expliqués ci-dessous :

- **Général** : Cette partie vise à présenter l'anamnèse de l'utilisateur (vie de l'enfant, son parcours et son entourage), son PPS soit son projet personnalisé de scolarisation, les autres intervenants c'est-à-dire les différentes parties prenantes impliquées dans le PPA de l'utilisateur et enfin une sous-partie « partagé avec » où l'on peut voir ce qui est partagé avec les autres structures impliquées dans la prise en charge de l'utilisateur ;
- **Attentes et souhaits** : Cette partie correspond à celle des parties prenantes telles que l'utilisateur, sa famille, son entourage ou encore des professionnels ;
- **Opportunités** : Les professionnels précisent les compétences ou acquis de l'enfant ainsi que les freins ou obstacles repérés ;
- **Objectifs** : Les professionnels y notent les objectifs identifiés. Il est à noter que la formulation des objectifs s'opère par une grille d'évaluation des besoins et prestations. Cette grille est issue de la nomenclature de la future réforme tarifaire SERAFIN-PH (cf. Figure 33) ;
- **Évaluation et réunions** : Cette partie a pour but de faire le point sur l'atteinte des objectifs.

Nomenclature des besoins

<p>1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique</p> <p>1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux</p> <p>1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles</p> <p>1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur</p> <p>1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire</p> <p>1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire</p> <p>1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne</p> <p>1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives</p> <p>1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices</p> <p>1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées</p> <p>1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé</p>	<p>1.3 - Besoins pour la participation sociale</p> <p>1.3.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté</p> <p>1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté</p> <p>1.3.2 – Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques</p> <p>1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement</p> <p>1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques</p> <p>1.3.4 – Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport</p> <p>1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale</p> <p>1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport</p> <p>1.3.3 – Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante</p> <p>1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi</p> <p>1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissages</p> <p>1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle</p> <p>1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant</p> <p>1.3.5 – Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique</p> <p>1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique</p>
<p>1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d'autonomie</p> <p>1.2.1.1 - Besoins en lien avec l'entretien personnel</p> <p>1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui</p> <p>1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité</p> <p>1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité</p>	

Figure 33 : Nomenclature des besoins SERAFIN-PH. Source : CNSA (2018)

La grille de prestation SERAFIN-PH a été intégrée afin de permettre un vocabulaire commun à l'ensemble des projets personnalisés. Nous retrouverons d'ailleurs cette volonté de langage commun à travers le recours au PPA digitalisé.

Ainsi, cette section se veut représentative de l'historique du PPA en lien avec la loi 2002-2 et de son impact sur les pratiques. Le tableau de synthèse ci-dessous récapitule les éléments présents dans le terrain étudié ainsi que leurs évolutions.

Tableau 41 : Tableau de synthèse des éléments de contexte de la démarche du PPA et de son évolution dans le cadre du terrain étudié. Source : Auteure

Contexte du terrain étudié	Évolution de la démarche autour du PPA
Absence d'outils de l'association standardisés	Arrivée d'outils de l'association standardisés et digitalisés qui formalisent le « squelette » ou le « socle » du projet personnalisé
Analyse plus ou moins focalisée sur les difficultés de l'enfant	Analyse plus nuancée et équilibrée (forces, compétences, difficultés, contextualisation...)
Subjectivité individuelle	Objectivation des points de vue subjectifs mais peut être « appauvri » par la standardisation des outils
Concertation élargie	Concertation sélective
Échanges « libres » et « ouverts » Recherche d'une « expertise » exhaustive	Échanges « cadrés » Recherche d'une « expertise » efficiente
Dominance de l'oralité	Formalisation attendue (Objectifs, mise en signature)
Absence de recueil du point de vue de la famille Expertise centralisée sur les professionnels	Recueil du point de vue de la famille (et par la suite de l'utilisateur)

SECTION 3 - LE PROCESSUS DE LA DÉMARCHE DE PPA

1. LE RIO, UN OUTIL DIAGNOSTIC EN AMONT DU PPA

1.1. D'UN RCO CONTESTÉ PAR LES ACTEURS À LA NAISSANCE DU RIO

Avant l'arrivée du référentiel de l'association, les professionnels avaient uniquement la possibilité de communiquer un bilan spécifique à leur discipline et à leur pratique.

Dans un objectif d'apporter une évaluation commune de l'enfant, l'association a décidé de s'outiller par le biais d'un objet-frontière : le Référentiel Commun d'Observations (RCO). Cette première version du référentiel, appelée RCO, fut utilisé par les premiers établissements créés par l'association.

« En tous les cas, [le RCO] je l'ai toujours connu, on a toujours pensé les projets des enfants. C'est juste que c'était moins précis » Répondant 4

A cette période, il n'existait pas de logiciel dédié. Mais le référentiel était conservé sur d'autres supports tels que le serveur de l'association ou celui de l'établissement. D'après une des éducatrices de cette période, le but recherché du référentiel était d'apporter une analyse clinique, correspondant au corps thérapeutique.

Puis, cet objet (RCO) porté par l'association a été appelé le Référentiel Interdisciplinaire d'Observations (RIO), ce qui rejoint leur culture du travail interdisciplinaire. Ainsi, au-delà de l'organisation interdisciplinaire promue par l'association, l'introduction d'un nouvel outil, *a priori* utilisable par tous permet de renforcer cette dimension. Bien qu'il s'agisse d'un objet qui tend à l'origine à être rempli par toutes les disciplines, certaines thématiques pouvaient viser implicitement un seul type de corps professionnel (comme l'infirmier sur la partie somatique).

L'élaboration du référentiel fut menée par des professionnels issus de plusieurs établissements (sanitaire et médico-social). (1) L'objectif de départ était donc de faire apparaître les observations cliniques. Toutefois, l'interprétation et l'intégration de l'outil n'ont pas été identiques au sein de l'ensemble des structures. Le déploiement n'a pas été porté de manière uniforme. De plus, les principaux destinataires de l'outil – notamment les psychologues – ont été les plus réticents. Le discours des managers de proximité se rejoint. Leur rôle consistait à exiger auprès de leur équipe l'utilisation de l'outil tout en l'accompagnant pour le faire.

« Le problème, c'est que ça n'a pas été porté par tout le monde, avec la même intensité, la même force. Les thérapeutes ont été très réticents à remplir ce document [...] et donc si au niveau de l'encadrement, tu n'imposes pas à un moment que cet outil soit rempli et que tu accompagnes les gens pour le remplir, forcément ça périclité » Répondant 28

Toutefois, une des directions interrogée soutient que la grille d'évaluation peut être complétée par d'autres bilans, plus spécifiques à chaque professionnel ou à chaque discipline. Cela rejoint la pratique opérée par

une des thérapeutes interrogés. (2) À la suite de réticences professionnelles, l'association a sollicité le soutien d'un organisme de formation afin d'élaborer un nouvel outil. (3) L'arrivée d'un logiciel qui centralise les données de l'utilisateur, a conduit l'établissement à adopter un autre outil, différent dans son contenu, que l'outil développé par l'organisme de formation. Toutefois, pour une des directions interrogée, le dernier outil numérisé apparaît moins pertinent que le précédent outil.

1.2. LE RIO, UN RÉFÉRENTIEL À VISÉE ÉVALUATIVE

Les professionnels de l'association ont la possibilité de s'appuyer sur sept « outils d'évaluation ». Ces supports sont centralisés sur le logiciel de gestion du dossier de l'utilisateur, standardisé à l'ensemble des établissements.

Tableau 42 : Outils d'évaluation digitalisés et de l'association. Source : Auteure

Outil associatif digitalisé	Discipline concerné
Référentiel Interdisciplinaire d'Observation (RIO)	Pluridisciplinaire
Bilan psychologique	Thérapeutique
Diagnostic Infirmier	Thérapeutique
Grille socio-professionnelle	Éducatif
Évaluation des besoins fondamentaux	Pluridisciplinaire
Indice de Barthel	Thérapeutique
Évaluation de la douleur	Thérapeutique

Une grande partie des répondants a affirmé connaître ou avoir déjà utilisé le référentiel de l'association (RIO) pour préparer le projet personnalisé. En conséquence, nous avons fait le choix de nous intéresser particulièrement à ce référentiel. Un extrait en est présenté ci-dessous :

Tableau 43 : Extrait du Référentiel de l'association adapté par l'auteur

Thème énoncé	Logique dominante	Aspects positifs	Difficultés rencontrées
Relation aux autres	Sociabilité	<i>Exemple anonymisé :</i> <i>« Benoît peut avoir de bonnes relations avec ses pairs et des échanges très constructifs avec les professionnels »</i>	<i>Exemple anonymisé :</i> <i>« Benoît est très en colère après sa mère, il lui en veut beaucoup par rapport à sa nouvelle situation et son placement en famille d'accueil »</i>
Relation à la loi, à l'autorité	Règles citoyennes / Citoyenneté	...	...
Comment le jeune évoque t'il la sexualité (En quels termes, de quelle façon ?)	Expression (sujet relevant de l'intime)	...	...
Rapport à soi et à son propre / estime de soi	Soin	...	...
Rapport au langage	Expression	...	...
Problèmes somatiques	Santé	...	...
Attitudes à l'extérieur	Vie sociale / en société	...	...
Ce que disent les parents du jeune	Perception de la famille	...	...
Capacités à verbaliser ses émotions	Expression	...	...
Attitude face aux résultats (échecs/réussites)	Expression	...	...
Prise d'initiative et de responsabilité	Pouvoir d'agir	...	...

Le processus de la démarche de projet personnalisé débute généralement par une phase de préparation, qui tend à s'appuyer sur le référentiel de l'association (RIO). En amont de la concertation, ce référentiel peut alors être complétée par le référent du projet. Pour cela, le référent-coordonnateur de projet, généralement éducateur, se met en lien avec le corps éducatif, pédagogique et thérapeutique. Le RIO vise à évaluer différents aspects liés à l'enfant.

« En amont, on a une petite évaluation à faire sur différents items [...] qu'on peut trouver sur Y. (logiciel), justement. Et puis après, on se retrouve sur le temps de concertation, relire un petit peu les notes de chacun, l'anamnèse de l'enfant, et à partir de là on peut démarrer la réflexion » Répondant 29

Pour certains répondants, le référentiel représente une « pierre à l'édifice » du projet personnalisé. Il se présente comme un bilan ou un diagnostic de la situation de l'enfant. Il se caractérise par la formalisation des aspects considérés comme « positifs » (relation aux autres, à la loi, à soi...) et des difficultés rencontrées par l'enfant. Il est envisagé comme un outil d'aide à la prise de recul collective.

Le référentiel de l'association tend à être rempli par plusieurs disciplines. Dans la démarche interdisciplinaire, chaque professionnel dispose à la fois d'une posture d'observateur et de participant. Chacun observe l'enfant au sein de différents environnements tout en participant à l'activité menée.

« Alors, c'est l'éducateur qui remplit le RIO, le psychologue qui peut aussi l'alimenter parce qu'il y a des parties sur le comportement. En fait, ça peut être le psychologue, ça peut être l'éducateur. Sur l'anamnèse, c'est principalement le psychologue. Le RIO, c'est un peu tout le monde et généralement, ils le font ensemble » Répondant 6

Rappelons que le travail interdisciplinaire vise, entre autres, à permettre aux professionnels d'observer l'enfant au sein de son environnement global et d'y participer. En permettant aux professionnels d'agir au sein d'environnements ou d'activités qui ne relèvent pas de leur discipline propre (classe, activité culinaire...), cela peut les aider à répondre aux diverses questions soulevées par le RIO. La connaissance de l'enfant s'accroît en étant présent sur différents moments.

Ce premier outil concourt alors à croiser les regards *a priori* hétérogènes. Il permet une mise en commun des observations recueillis sur plusieurs environnements ou activités (classe, activités éducatives, entretien individuel...). Il vise à tenir compte de la singularité de l'enfant.

1.3. UNE APPROPRIATION DE L'OUTIL À GÉOMÉTRIE VARIABLE SELON LE TYPE DE MANAGERS

Rappelons que le manager de proximité représente le garant institutionnel de la démarche de projet personnalisé⁹⁶.

L'arrivée du référentiel de l'association (RIO) dans le processus de la démarche de projet a ainsi lieu à une réponse des managers de proximité.

De façon générale, le manager de proximité, souvent placé « entre le marteau et l'enclume »⁹⁷, est chargé d'accompagner les équipes selon les directives explicites ou implicites de sa direction d'établissement, elles-mêmes émanant de la direction associative. Toutefois, c'est au manager de proximité qu'incombe l'interprétation et l'application des directives. Ainsi, son rôle apparaît crucial dans l'application de la règle de l'association qui consiste à utiliser le référentiel interdisciplinaire d'observation (RIO).

Notre investigation empirique révèle deux postures adoptées par les managers de proximité, lesquelles sont explicitées ci-dessous. Chaque posture a un impact sur le déroulement du processus de la démarche de projet personnalisé, et notamment en ce qui concerne la réponse des accompagnants face à l'application de la règle.

➤ LE MANAGER DE PROXIMITÉ « PRESCRIPTEUR »

Plusieurs managers de proximité nous ont répondu qu'ils sont convaincus de l'intérêt du référentiel. La préparation à la démarche de projet, par le biais du RIO, représente alors une étape importante. Cette phase préparatoire conduit à une évaluation commune, propice au dialogue. Dans cette situation, le manager traduit l'arrivée du référentiel comme une règle de l'association à prescrire aux accompagnants professionnels.

La prescription de la règle conduit le manager de proximité à faire part de ses attentes, à accompagner et guider son équipe. En agissant en tant que « garant » du projet personnalisé, il s'assure que son équipe utilise le référentiel.

« J'ai réussi à [le] mettre en place et [...] j'ai demandé à ce qu'il y ait un certain travail qui soit mis en place, le RIO, que chaque fonction ou chaque corps de métier puisse remplir aussi sa partie » Répondant 6

⁹⁶ Mission issue de leur fiche de poste

⁹⁷ Propos issus d'un échange informel avec un manager de proximité durant l'observation participante

Au moyen d'une communication orale et formelle, le manager rappelle ici aux équipes l'obligation de compléter le référentiel avant chaque concertation. Bien que l'outil ait pu être pensé pour le corps éducatif, selon une répondante psychologue, et pour le corps thérapeutique selon une répondante manager, pour la répondante actuelle, l'utilisation de l'outil s'est avérée plus difficile pour les fonctions éducatives référentes du projet.

« Ce qui pouvait être un peu plus embêtant, c'était de mettre l'éducateur au cœur de la prise en charge parce que c'est lui le référent et lui dire il faut remplir le RIO, donc j'ai fait des mails, j'en ai parlé en réunion et dire « à partir de maintenant, voilà ce que vous remplissez et je peux aussi être en soutien, évidemment, par rapport à tous ces items-là ». C'était un petit peu plus compliqué pour les professionnels éducatifs que pour les enseignants et les psychologues » Répondant 6

De façon plus large, la formalisation d'une expertise s'avère plus difficile pour les fonctions éducatives car elles sont issues d'une culture plus oralisée. Les fonctions thérapeutiques et pédagogiques ont davantage l'habitude de produire des bilans ou projets individuels. Ainsi, dans ce cas précis, le rappel de la prescription apparaissait plus pertinent auprès des fonctions éducatives.

Le référentiel devait être complété par les professionnels en amont de la concertation. Ainsi, le processus d'élaboration du projet personnalisé ne peut s'opérer sans l'utilisation du référentiel. Dans ce cas, elle constitue une étape nécessaire à la poursuite du dialogue interdisciplinaire.

Les injonctions ne suffisent pas à appliquer une nouvelle règle. Il apparaissait nécessaire que le manager explique, justifie et traduise son discours afin de faire comprendre aux accompagnants le choix de ces mesures. Sans ce dialogue, certains professionnels n'adhèrent pas à la règle.

Pourquoi utiliser le référentiel de l'association ? Lorsqu'ils en sont persuadés, les managers de proximité présentent plusieurs intérêts :

- 1- Le référentiel est au service des professionnels pour faciliter la concertation. En l'absence de bilan commun, cela peut rendre difficile la détermination de besoins et d'objectifs ;
- 2- L'évaluation commune contribue à un dialogue entre les acteurs. Elle doit pouvoir conduire à la formalisation d'un projet réfléchi collectivement. Or, la nature des échanges dépend en partie des bilans et expertises préparés en amont de la réunion. Le rôle du référent en tant que traducteur peut concourir à faire participer son manager. Le référentiel passe d'un outil individuel à un outil collectif en devenant un objet d'échanges. En partant du même outil, les professionnels ont la possibilité de confronter leurs observations et expertises ;

- 3- Le référentiel vise à justifier et traduire le travail mené par les accompagnants. Il formalise des expertises.

Le tableau suivant synthétise les multiples rôles et objectifs poursuivis par le référentiel.

Tableau 44 : Rôles et objectifs poursuivis du référentiel d'évaluation de l'association tirés des entretiens semi-directifs. Source : Auteure

	Rôle du référentiel associatif	Objectif visé
1	Aide au dialogue	Confronter les points de vue
2	Aide à la traduction	Favoriser la compréhension de l'expertise
3	Aller-retour entre les observations formalisées et les situations vécues	Évaluer la situation de l'enfant
4	Valorisation de l'expertise	Identifier les compétences et difficultés de l'enfant
5	Aide à l'élaboration d'objectifs	Formaliser des objectifs communs et applicables

➤ LE MANAGER DE PROXIMITÉ « RÉFRACTAIRE »

Le manager « réfractaire » ignore la règle de l'association. Au lieu de la faire appliquer, il préfère s'adapter aux pratiques locales. Ainsi, les managers « réfractaires » vont préférer ne pas tenir compte du référentiel de l'association. Ils privilégient les méthodes existantes au sein de l'établissement. Ils choisissent de prioriser d'autres changements à mettre en œuvre pour leur établissement plutôt que d'appeler leur équipe à utiliser le référentiel de l'association. Le manager « réfractaire » privilégie alors l'existant, propre à son établissement, et se préoccupe d'enjeux locaux. L'une des raisons qui explique cette posture concerne la prise en compte de l'histoire institutionnelle : genèse, type de management, culture institutionnelle...

En effet, les établissements et services se distinguent par leur histoire institutionnelle. Le manager « réfractaire » a notamment tendance à faire la différence entre un établissement « fondateur », « absorbé », « créé » ou récemment « sorti de terre ».

Nous avons évoqué précédemment que le référentiel s'est développé dans le cadre de l'établissement « fondateur » de l'association, un ITEP. Les répondants ayant une fonction de direction en ITEP ont une perception positive du référentiel⁹⁸, ils y trouvent un intérêt lors de la démarche de projet. Toutefois, il n'a pas été utilisé systématiquement par les managers de proximité exerçant en ITEP. C'est le cas pour l'un des établissements « absorbé »⁹⁹ par l'association, les professionnels disposaient de leur propre « référentiel » avant celui de l'association.

« L'utilisation des trames est beaucoup plus compliquée, en tous cas, elles sont très peu utilisées, enfin elles sont utilisées quand on intègre le PPA. Parce qu'en fin de compte, les professionnels ici, ils utilisent la trame qu'ils ont l'habitude d'utiliser depuis des années » Répondant 7

Depuis plusieurs années, l'association intègre des établissements (indépendants) qui possèdent leur propre histoire institutionnelle. Par essence, ces établissements ont souvent des outils et méthodes déjà existants. C'est pourquoi, l'intégration de nouveaux outils portés par l'association a été plus lente ou n'a pas été aboutie pour ces établissements « absorbés ». Les établissements « d'origine » ont mieux intégré les outils que les établissements « absorbés », soit parce qu'ils n'avaient pas de système existant, soit parce que ces outils répondaient aux besoins exprimés par les professionnels.

Bien que l'outil associatif soit connu par une majorité des répondants professionnels, il n'est pas pour autant utilisé et priorisé en toute circonstance. C'est notamment le cas lors d'un changement de direction. Contrairement au manager « prescripteur » qui profite du changement de direction pour restructurer son organisation en utilisant les outils associatifs, le manager « réfractaire » décide de mener une stratégie qui tient compte de l'existant.

« Alors c'est vrai qu'il y a besoin d'un peu plus de formation pour pouvoir bien utiliser l'outil, [...] on n'avait pas en tout cas le temps nécessaire pour permettre aux professionnels de se l'approprier » Répondant 7

⁹⁸ C'est le cas également pour les managers ayant exercé en ITEP mais qui n'occupe plus dans ce type d'établissement

⁹⁹ Un établissement absorbé par l'association signifie qu'il a intégré l'association avec sa propre histoire institutionnelle et associative. Généralement ces structures étaient des « mono-établissement » au sein de leur précédente association. Parmi les transformations du secteur, le phénomène d'absorption, dans un objectif de mutualisation des moyens en fait partie.

Dans la situation décrite par la manager « réfractaire » (cf. verbatim ci-dessus), la nouvelle direction est arrivée depuis plus d'un an. À la suite de cet événement et des transformations que souhaitaient opérer la nouvelle direction, la manager « réfractaire » a préféré ne pas évoquer le référentiel de l'association mais a plutôt autorisé son équipe à utiliser un référentiel « local ». La décision managériale est justifiée par le temps conséquent de l'appropriation des outils associatifs et de l'accompagnement des équipes. La répondante considère que l'appropriation ne peut se faire sans un accompagnement important de la direction.

Pour illustrer la distinction entre un établissement absorbé et d'origine, une répondante évoque son expérience au sein des deux établissements. La méthode de travail dans l'établissement « fondateur » ou d'origine consistait à :

- 1- Remplir le référentiel par l'ensemble des accompagnants professionnels (utilisation d'un objet-frontière)
- 2- Transmettre le référentiel complété au référent du projet, 15 jours avant la concertation (communication)
- 3- Formaliser une synthèse, par le référent et prête pour la concertation (traduction formelle)
- 4- Mettre en place une concertation et conception du projet avec la famille (traduction orale)

À l'origine, la quatrième étape ne comprenait pas les familles.

« On remplissait le RIO chacun. Chaque professionnel qui voyait l'enfant devait remplir le RIO. Et puis après, il y avait une synthèse par la personne référente. Il y avait aussi l'anamnèse qui était faite par la psychologue référente et puis, on élaborait des objectifs au niveau thérapeutique, pédagogique, éducatif. Mais on n'associait pas les familles à l'époque, les familles n'étaient pas invitées. Je ne sais pas comment c'est à l'ITEP maintenant » Répondant 10

L'utilisation du référentiel de l'association comme un outil et surtout comme un objet-frontière, a contribué à renforcer la dimension processuelle de la démarche de projet personnalisé.

Dans l'établissement « fondateur », le manager « prescripteur » décide de conserver la méthode processuelle établie avant son arrivée. Or, dans l'établissement « absorbé », ils ont déjà leur propre référentiel, mais la méthode apparaît moins processuelle.

1.4. DES RÉPONSES DIVERGENTES DES PROFESSIONNELS DE TERRAIN AU RIO

Nous avons pu observer que l'arrivée du référentiel (RIO) a induit une réponse à apporter par les établissements. Les managers en première ligne que sont les managers de proximité ont eu à prescrire ou faire écarter le référentiel de l'association lors de la démarche de projet.

Selon les postures des managers de proximité, les professionnels accompagnants ont été plus ou moins enjoins d'utiliser le référentiel associatif. Toutefois, l'utilisation du référentiel varie en premier lieu selon la posture du manager mais dépend surtout du point de vue de l'accompagnant.

A notre connaissance¹⁰⁰, il n'existe pas de document qui exige formellement l'utilisation du référentiel de l'association lors de la démarche de projet personnalisée. La règle de l'association peut être, dans certains établissements, explicite et, dans d'autres, implicite.

- Implicite par l'existence du référentiel au sein du logiciel. Un comité de pilotage a été chargé de la mise à jour du référentiel (RCO) et dont le chercheur a fait partie. Ce comité de pilotage a participé implicitement à mettre en exergue le référentiel.
- Explicite par la posture du manager de proximité qui demande ou exige oralement d'utiliser le référentiel auprès des accompagnants professionnels. Ainsi, la règle implicite devient explicite par la posture du manager « prescripteur ».

Ainsi, une utilisation uniformisée du référentiel et intégrée par l'ensemble des établissements n'a pas eu lieu. Les points de vue des acteurs divergent sur l'intérêt du référentiel associatif, leur perception du sens et de la pertinence du support dans la démarche de projet a un impact plus ou moins significatif sur leurs postures et pratiques.

Selon leur discipline, leur statut, leur établissement, leur ancienneté, les acteurs ont exprimé des réponses face à la règle de l'association :

¹⁰⁰ Basée sur les entretiens semi-directifs, l'observation participante et des documents institutionnels

Tableau 45 : Les réponses face à la règle de l'association plus ou moins énoncée, adaptées par l'auteure à partir de la théorie de Lawrence & Lorsch (1967)

	Réponse à la règle	Argument exposé	Perception de l'objet	Différenciation/Intégration
Point de vue 1	Transgression	Non adapté au vu du public accueilli, de la modalité d'accompagnement ou de la fonction exercée	Non considéré	Différenciation
Point de vue 2		Utilisation d'un autre outil interne à l'établissement	Non considéré	Différenciation
Point de vue 3	Application	Non adapté	Contrainte	Intégration
Point de vue 4	Avec remise en question	Incomplet car doit être complété par un outil ou un bilan propre à la discipline	Considéré	Intégration/Différenciation
Point de vue 5	Application sans remise en question	Adapté pour permettre un langage commun	Outil	Intégration

Lorsque le référentiel de l'association n'est pas utilisé, les professionnels décident de transgresser la règle de l'association. En effet, ils ne la considèrent pas adaptée. Pour cela, ils justifient leur point de vue pour plusieurs raisons :

- L'objet ne prend pas en compte l'évaluation de la situation des enfants ayant des troubles sévères du spectre autistique. (*Point de vue 1*) ;
- Il a été réfléchi lors d'un accompagnement au sein de l'institution, il ne s'adapte à la modalité d'accompagnement « hors des murs », c'est-à-dire lorsque les professionnels se déplacent au domicile, à l'école ou dans un autre lieu de socialisation (*Point de vue 1*) ;
- Certains répondants éducateurs ou enseignants considèrent que l'objet est orienté vers une discipline thérapeutique tandis que les thérapeutes ou les fonctions soignantes estiment qu'il est

orienté vers une discipline éducative. Ils préfèrent produire un bilan « libre » sans être influencés par une structuration ou utiliser un outil propre à leur discipline. *(Point de vue 1)*

- Un des établissements absorbés par l'association disposent de pratiques internes propre à leur histoire, leur culture et leur fonctionnement. Les acteurs ont souhaité conserver une partie de leurs outils et méthodes de travail existants y compris lors de la démarche de projet. *(Point de vue 2)*

Les professionnels qui utilisent le référentiel ne sont pas tous complètement convaincus de sa pertinence. Pour les répondants qui appliquent la règle mais la remettent en question, ils exposent plusieurs arguments à leur réticence :

- Lorsqu'ils n'étaient pas persuadés de l'adaptation de l'outil à leur pratique, certains répondants ont tenté d'en échanger avec leur manager de proximité. Malgré leurs points de vue, la règle n'a pas été changée. Ces professionnels sont se résolus à utiliser l'outil en réponse à une injonction et sans en percevoir d'apport. *(Point de vue 3)*
- Lorsqu'ils comprennent l'utilité que peut avoir l'outil, ils le jugent insuffisant. Ils considèrent que le référentiel commun est « limitant ». Pour cela, il doit être complété par un bilan « libre » ou spécifique à une discipline. *(Point de vue 4)*

Enfin, le reste des répondants qui connaissent l'outil, l'utilisent lors de la préparation du projet de l'enfant sans remettre en question la règle. *(Point de vue 5)*

Chaque point de vue est explicité et approfondi au sein des sous-parties suivantes afin de mieux comprendre les arguments exposés par les acteurs.

1.5. LE RÉFÉRENTIEL : UN OUTIL D'AIDE À LA PRÉPARATION DU PPA

L'utilisation du référentiel de l'association diffère selon les pratiques des acteurs. Un des répondants nous a expliqué que dans son établissement, le référentiel est complété par le représentant de chaque discipline (psychologue, éducateur et enseignant). Puis, les 3 référentiels sont présentés lors de la concertation. Dans d'autres établissements, le référent du projet est chargé de présenter une version synthétique de ces 3 référentiels.

Lorsque l'évaluation de la situation de l'enfant, à l'aide du RIO, est préparée en amont de la concertation, le RIO est considéré comme :

- Un support d'information ;
- Un outil d'aide aux échanges ;
- Un moyen pour une prise de recul.

La réflexion débute lorsque les points de vue élaborés au sein du RIO sont annoncés et complétés par l'histoire de vie de l'enfant appelée « l'anamnèse ».

Tableau 46 : Utilisation temporelle du référentiel de l'association et dynamique individuelle/collective. Source : Auteure

Moment de l'utilisation du référentiel de l'association	Logique dominante	Restitution de la synthèse des analyses provenant du référentiel
En amont de la concertation	Analyse individuelle	Restitution Collective
En amont de la concertation	Analyse individuelle et/ou collective	Restitution Individuelle (Réfèrent)
Pendant la concertation	Analyse Collective	Restitution Collective

Les organisations se différencient en partie par les pratiques des cadres de proximité. Pour les managers qui décident de mobiliser le RIO, la méthode n'en demeure pas pour autant uniforme. Les managers se distinguent par leur manière de structurer le processus, leurs attentes et les jeux de délégation avec le référent-coordonateur. La méthode opérée influence alors à la fois le processus et les pratiques des accompagnants-utilisateurs du référentiel.

Le tableau ci-dessous synthétise les différentes situations organisationnelles :

Tableau 47 : Intégration du référentiel de l'association selon les situations organisationnelles.

Source : Auteure

	Organisation 1	Organisation 2	Organisation 3	Organisation 4
Utilisation	Oui	Oui	Oui	Non
Préparation en Amont	Oui (Individuel)	Oui (Individuel)	Non	Non
Synthèse des RIO par le Coordinateur	Non	Oui	Non	Non

- ⇒ La première organisation a pour spécificité de mobiliser le représentant de chaque discipline professionnelle. Elle met en lumière le regard de chacun.
- ⇒ La deuxième reprend la première organisation en y intégrant le rôle du coordinateur. Ce dernier a un rôle de synthèse.
- ⇒ La troisième offre un espace moins explicite (moins structurée et plus libre ?). L'utilisation du RIO s'opère lors de la concertation. Elle suppose peut-être un travail en amont mais qui n'est pas attendu explicitement.
- ⇒ La quatrième ne mobilise pas le RIO.

Ainsi, la phase préparatoire de la démarche du projet personnalisé est marquée par la diffusion d'un outil porté par le gestionnaire. A l'origine, le référentiel de l'association tend à devenir un objet-frontière car il vise à réunir toutes les disciplines autour d'un objet commun et utilisé, mais nous avons observé qu'il ne va pas toujours remplir ce rôle.

Lors de sa première conception, l'outil a été influencé par l'environnement des concepteurs, c'est-à-dire un établissement « entre les murs », le type de handicap accompagné (troubles du comportement) et leurs disciplines. Certaines fonctions thérapeutiques (psychologue, infirmier) reprochent à l'outil d'être orienté vers une discipline éducative. Un des enseignants ne comprend pas l'intérêt de l'outil car il ne retrouve pas sa propre discipline. Or, l'objectif de départ était de mettre en lumière la dimension clinique de l'accompagnement.

Les réponses des acteurs interrogés ont mis en exergue que le RIO a été proche d'une culture institutionnelle et des représentations des concepteurs. De plus, le référentiel de l'association est perçu parfois comme un objet périphérique.

Ainsi, étant donné la divergence des points de vue sur l'intérêt de cet objet censé être « commun », une partie des acteurs s'oppose à l'utilisation du référentiel. Certains ont souhaité utiliser un objet-frontière créé localement, ou un outil propre à leur discipline voire continuer à produire des bilans « libres ».

Nous avons également décelé le rôle crucial du manager de proximité pour intéresser son équipe à l'outil. Ces managers de première ligne choisissent de porter ou d'écarter l'objet-frontière auprès des équipes, à privilégier l'objet associatif ou l'objet local.

2. LA SYNTHÈSE : UNE PHASE DE CONCERTATION

2.1. UNE PHASE DE PRÉPARATION À LA CONCERTATION

Le directeur d'établissement participe à la démarche de projet personnalisé. Dans un premier temps, son rôle s'avère plus périphérique que le manager de proximité. Lorsque le directeur se trouve « formé, alerté, sensibilisé » par la démarche de projet personnalisé, il peut alors agir en tant qu'accompagnateur voire formateur auprès des managers de proximité, garants de la démarche. Ainsi, le directeur-accompagnateur se situe comme un garde-fou institutionnel, périphérique, mais qui peut avoir un impact sur la démarche.

« Il y a un accompagnement du directeur. Il faut que le directeur soit concerné, qu'il soit formé, qu'il soit alerté, sensibilisé pour qu'il puisse à son tour accompagner, soutenir, alerter, etc... son chef de service. »

Répondant 18

Ainsi, le directeur se positionne comme celui qui forme son équipe de direction. Sa mission consiste à expliquer les pratiques à adopter. Le directeur-accompagnateur expose ses conseils tels que :

- l'importance de la préparation de la démarche de projet ;
- l'exposition visuelle du « squelette » du projet personnalisé car il permet d'observer la formalisation instantanément durant la concertation ;

- la responsabilisation des accompagnants à formaliser y compris durant la concertation ;
- l'invitation des familles à la concertation.

D'après les répondants, il y avait une crainte d'intégrer les parents. La préparation en amont de la concertation a permis de lever leurs inquiétudes, puis d'expérimenter en invitant les parents. L'implication des familles « donne du sens » à l'action menée.

D'autre part, la méthodologie de projet portée par le manager de proximité vise à rendre autonome les référents du projet et les autres professionnels-accompagnants. Le manager de proximité accompagne son équipe au niveau méthodologique afin qu'elle gagne en autonomie. Au sein de chaque service ou établissement, la planification de l'ensemble des projets personnalisés repose généralement sur le manager de proximité. Ce dernier joue un rôle crucial dans la programmation car, c'est à la fois lui qui réfléchit à la programmation des projets et c'est lui qui la communique. Un échéancier annuel est élaboré notamment lors du début et du suivi de l'accompagnement. La fin de l'accompagnement s'avère plus difficile à prévoir. La programmation est réfléchié selon plusieurs critères, qui sont pris en considération selon l'appréciation du manager de proximité (situation de l'enfant, fonctionnement institutionnel...).

Il est à noter que la programmation de ces concertations est décidée selon plusieurs critères. La planification des temps de concertation peut se faire soit par date d'admission de l'enfant, soit en fonction des effectifs disponibles ou encore selon la date d'expiration du projet. Le tableau suivant présente les trois formes de concertation selon l'objectif visé, les supports mobilisés et les critères de planification :

Tableau 48 : 3 Formes de concertation selon l'objectif visé. Source : Auteure

	Concertation de début d'accompagnement	Concertation de suivi d'accompagnement	Concertation de fin d'accompagnement
Supports existants	Bilans (RIO, anamnèse, ...)	Bilans (RIO, anamnèse) Projet en cours	Inexistant
Critère de planification 1	La date d'admission de l'enfant	Selon la date du dernier projet élaboré	Dès que l'enfant est considéré comme autonome
Critère de planification 2	Les échéances liées à la scolarité de l'enfant (dépôt de dossier...)	Selon la « visibilité » de l'enfant au sein du dispositif (contexte particulier lorsque le projet n'a pas été formalisé durant l'accompagnement)	Dès que le service ou l'établissement n'apparaît plus adapté
Critère de planification 3	Les périodes des congés des salariés (ouvertures 365 jours)		
Critère de planification 4	La disponibilité de l'entourage		
Objectif visé	Élaboration du projet	Évaluation du projet	Fin de la contractualisation du projet

➤ L'ÉCHÉANCIER, UN PREMIER OUTIL DE GESTION

L'étape de planification des concertations constitue généralement la première étape de la démarche de projet personnalisé car elle permet aux professionnels de se préparer en fonction des échéances. Chaque concertation est consacrée à une situation d'enfant. Cette dernière sera alors analysée afin d'en tirer des objectifs à atteindre. Généralement, les managers de proximité planifient à l'année l'ensemble des

concertations, c'est-à-dire pour tous les projets personnalisés de leur structure. L'échéancier annuel permet par la suite aux professionnels de communiquer entre eux et d'inviter également d'autres acteurs comme les familles. En effet, l'entourage de l'enfant est appelé à participer à la conception du projet personnalisé de l'enfant.

« En fait, moi, je les programmais à l'année. Les 40, ça faisait à peu près 2 par semaine. Comme ça, on envoyait les courriers à l'année en disant ce jour-là, vous allez être reçus et on va co-construire. Je me rappelle sur la première année, on avait pratiquement 80% de présence des familles. » Répondant 18

Il est à noter que les échéances de concertation précèdent les échéances de contractualisation.

➤ LE DOSSIER DE L'USAGER, UN OUTIL NUMÉRIQUE DE PRÉPARATION

La préparation de la concertation permet de prendre connaissance des informations existantes concernant l'utilisateur (bilans, projets, incidents...). Le professionnel y a accès à travers le dossier informatisé de l'enfant. Ce dernier concourt à approfondir la connaissance de la situation de l'enfant.

Au niveau méthodologique, il est attendu par certains managers de proximité que les professionnels préparent la concertation en mobilisant des supports de l'association tels que le dossier dématérialisé de l'utilisateur. Cette règle organisationnelle ne fait pas l'unanimité. Certains accompagnants n'ont pas souhaité appliquer les directives exprimées par leur manager. Or, selon leur manager, l'absence de préparation révèle une difficulté des accompagnants à élaborer de façon « productive » et éclairée la concertation. La préparation de leur expertise est alors attendue.

2.2. LA CONCERTATION, UN ESPACE DE DIALOGUE



Figure 34 : Concertation, incommunication et traduction. Source : Auteure

La concertation tend à exposer le point de vue du représentant de chaque discipline professionnelle. Il est attendu que chacun s'écoute. Cependant, cela aboutit parfois à des incompréhensions mutuelles par l'utilisation d'un langage spécifique d'une discipline professionnelle. Afin de permettre la compréhension des langages disciplinaires, la reformulation est mise à contribution par les acteurs pour les aider à traduire. Cette mobilisation du professionnel en tant que traducteur permet le passage d'une expertise « brute » à une expertise « traduite ». La compréhension peut s'envisager dès lors que l'acteur-récepteur est disposé à écouter l'acteur-émetteur, le traducteur. Les professionnels sont plutôt favorables à s'écouter lorsqu'il y a un intérêt commun. C'est le cas notamment lors de la formulation des objectifs qui représentent une réponse aux besoins de l'enfant.

« Des fois, j'explique des choses [...] ce n'est pas forcément compris. Comme eux, des fois, ils emploient des mots que je ne comprends pas forcément. [...] Chacun a son vocabulaire et sa discipline, mais on s'écoute. On fait en sorte de répondre aux besoins du jeune avec les objectifs, ce qui est plutôt intéressant. »
Répondant 43

➤ L'EXPÉRIENCE COMME MOYEN DE PERFECTIONNEMENT DE LA TRADUCTION

La démarche d'élaboration du projet personnalisé se finalise par une étape instaurée par l'association : l'identification des besoins et prestations issus de la nomenclature SERAFIN-PH. La grille de lecture SERAFIN-PH est toujours en cours d'appropriation par certains professionnels. Cette nomenclature vise à être un objet commun à toutes les disciplines. Le langage « standardisé » devrait permettre d'intégrer les langages de tous les professionnels. Toutefois, cette compréhension dépend de plusieurs facteurs :

- Pratique professionnelle : les acteurs qui estiment avoir compris le référentiel sont les professionnels qui sont arrivés dès l'ouverture de l'institution. Ainsi, ils ont eu le temps de l'intégrer.
- Lorsqu'un besoin semble correspondre à une discipline spécifique, le professionnel appartenant à celle-ci peut exprimer davantage de facilité à comprendre. La difficulté est plus grande lorsqu'un professionnel doit intégrer plusieurs besoins.
- Pour permettre l'utilisation de l'objet par tous, il faut compter sur des traducteurs « expérimentés » qui se sont appropriés la nomenclature pour apprendre aux traducteurs « novices ».

➤ UNE TRADUCTION MULTIDIMENSIONNELLE LORS DE LA CONCERTATION

○ Traduction orale et traduction formelle

La traduction devient orale par la présence d'échanges entre les acteurs. L'intérêt de la traduction orale est de confronter les différentes visions du comportement de l'enfant, pas seulement en fonction des disciplines des professionnels, mais aussi en fonction de la relation de l'enfant avec le professionnel. Cette forme de traduction peut conduire à une traduction formalisée. La traduction formelle, notamment lors d'une expertise individuelle, peut susciter une traduction orale à travers des débats, échanges ou controverses.

La démarche de projet personnalisé peut entretenir un mouvement de traduction bilatérale.

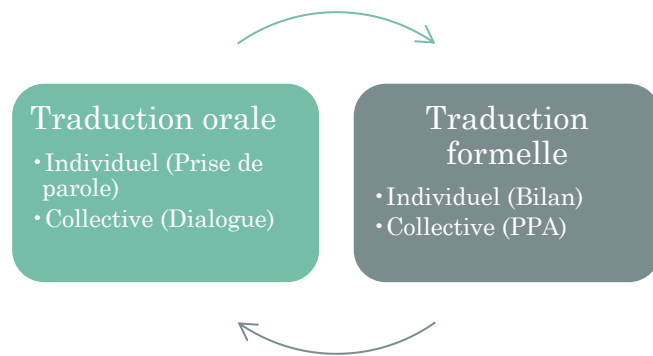


Figure 35 : Traduction orale et formelle, une démarche cyclique. Source : Auteure

Le tableau de synthèse ci-dessous présente les caractéristiques des traductions formelles et orales.

Tableau 49 : Deux formes de traduction en amont et pendant la concertation. Source : Auteure

	Traduction orale	Traduction formelle
Quand ?	Réunions dédiées à l'élaboration (mixte ?)	Préparation des bilans
Qui ?	Accompagnants voire Accompagnés	Professionnel (individuel)
Comment ?	+/- Analytique Flexible et Modifiable	+/- Synthétique
Logique priorisée	Démocratique Objectivation des avis subjectifs	Différenciation de l'expertise disciplinaire / par rôle / par fonction
Opération	Prise de parole Dialogue	Formalisation
Moyen mobilisé	Point de vue	Outil

Ce tableau peut être enrichi afin de mettre en exergue les traductions dominantes, étant donné que chaque étape du processus de la démarche de projet personnalisé mobilise une forme de traduction plutôt qu'une autre. Toutefois, il est important de noter que la traduction formalisée passe parfois par une traduction oralisée, lors d'une interaction entre le référent du projet et les autres accompagnants. Cette traduction oralisée vise à aboutir à une traduction formalisée. Ainsi, pour compléter le tableau ci-dessus, la traduction s'opère comme une dynamique qui alterne des opérations de traduction oralisée et formalisée.



- Traduction individuelle et collective

Le temps de concertation consiste à mener une réflexion collective sur l'accompagnement qui peut être proposé. Cette traduction collective vise à intégrer les trois principaux champs disciplinaires de l'accompagnement : thérapeutique, éducatif, et pédagogique. Pour permettre cette traduction collective, une

traduction individuelle de chaque professionnel en exposant son point de vue dans le cadre de sa discipline et donc en le traduisant lors de la concertation, doit se faire.

La matrice suivante vise à mettre en exergue de façon synthétique, les caractéristiques des différentes traductions qui s’opèrent lors de la concertation, et leurs relations.

Tableau 50 : Une traduction quadrilatérale et bidirectionnelle. Source : Auteure

TRADUCTION ORALISÉE		TRADUCTION FORMALISÉE
Expression d’un point de vue susceptible de faire émerger un échange Controverses		Officialisation Reconnaissance du point de vue
TRADUCTION INDIVIDUELLE		TRADUCTION COLLECTIVE
Point de vue singulier (contingent au comportement de l’enfant)		Partage d’une expertise Approbation commune Controverses

➤ LA FINALITÉ DE LA CONCERTATION : LA TRADUCTION PARTAGÉE

La finalité de la concertation consiste à identifier des objectifs afin de développer l’autonomie de l’enfant. Pour y parvenir, le repérage collectif des difficultés de l’enfant apparaît un enjeu important. La concertation permet de traduire les observations des professionnels. L’observation de l’enfant au sein de plusieurs environnements aboutie à faire converger leurs points de vue. En identifiant la difficulté de l’enfant, les professionnels peuvent alors proposer un accompagnement spécifique relative à celle-ci.

2.3. L’IDENTIFICATION DES OBJECTIFS LORS DE LA CONCERTATION

Le processus d'élaboration se termine par l'intégration d'objectifs issus de la nomenclature SERAFIN-PH. L'association a intégré cette nomenclature au sein du « socle » du projet. Toutefois, ce nouveau support porté par l'association ne fait pas consensus.

Les professionnels ont besoin de comprendre la nomenclature d'identification des besoins et prestations dans le cadre de leurs métiers mais également pour l'expliquer aux familles.

En effet, malgré les efforts de traduction menés par les référents, la nomenclature est parfois considérée trop technique pour permettre la compréhension de tous. Ainsi, la présence des familles ne garantit pas leur compréhension de l'ensemble du projet personnalisé. Cela se présente généralement lorsque les familles ne maîtrisent pas la langue française et parfois, le langage professionnel.

L'intérêt de la concertation est d'élaborer des objectifs communs opérables. Lorsque les objectifs sont identifiés, le risque est qu'ils ne soient pas applicables. Une vigilance est donc menée pour qu'ils s'adaptent à la situation de l'enfant. Parfois, certains professionnels projettent des objectifs difficiles à mettre en œuvre en un an. Ainsi, un des managers que nous avons interrogés conseillait de formuler des objectifs réalisables même s'ils peuvent paraître « simples ».

Les professionnels sont amenés à réfléchir l'objectif en tenant compte du temps prévisionnel que prendra l'enfant pour l'atteindre. D'autre part, selon les répondants, lors de la formalisation des objectifs, il y a deux difficultés majeures :

- L'identification d'objectifs inatteignables en raison de leur ambition excessive ;
- La définition d'objectifs obsolètes parce que la situation a été sous-estimée et que le projet est trop facilement réalisable.

Le temps de concertation, perçu comme une instance décisionnelle, est l'occasion de présenter le projet pédagogique de l'enfant et de faire le lien avec un autre espace de concertation, l'ESS. Ainsi, les deux projets – personnalisés et pédagogiques – comme les deux espaces de concertations, apparaissent comme complémentaires. L'un peut servir à l'autre et inversement.

Parmi les différences, l'espace de l'ESS conduit à évoquer la dimension scolaire de l'accompagnement. Il mobilise les établissements scolaires extérieurs. Cela explique que plusieurs représentants institutionnels comme les professionnels de l'Éducation Nationale soient présents. Même si le projet personnalisé a parfois tendance à être centré sur un accompagnement éducatif et thérapeutique, il contribue comme le projet de scolarisation à la fois au projet global de l'enfant et à sa scolarisation.

➤ UN ENJEU D'ENGAGEMENT DOUBLE : COLLECTIF ET INSTITUTIONNEL

L'identification d'objectifs à atteindre s'opère lors de la concertation. Cette dernière vise à aboutir à une approbation collective. L'inscription d'un objectif au sein du projet équivaut pour certains à s'y engager. L'une des raisons avancées correspond à la participation active de l'accompagnant après la concertation.

Il est considéré que l'objectif élaboré dans le cadre du projet personnalisé :

- Ne doit pas être une fin en soi mais plutôt un moyen
- Vise à être appliqué
- Représente un gage d'engagement : relationnel & institutionnel
- Doit pouvoir intégrer une co-construction des échanges
- Doit être validé par le manager en tant que représentant institutionnel

2.4. LE MANAGER DE PROXIMITÉ, UN RÔLE MULTI-FACETTES

➤ MANAGER RÉGULATEUR

Au sein de plusieurs structures, le manager de proximité occupe un rôle de régulation. Il régule l'organisation par l'optimisation du temps alloué à la concertation. Dans cette perspective, il vise à rendre l'organisation plus efficiente. Au-delà des moyens « indirects », le manager-régulateur s'investit également sur des moyens « directs », c'est-à-dire sur le contenu du projet.

Le manager de proximité est identifié dans un premier temps comme l'animateur du temps de concertation. Puis, il régule les analyses élaborées par les professionnels. Cette régulation est perçue positivement par certains référents car l'expérience du manager légitime son rôle de régulation.

Le manager représente alors un garde-fou institutionnel qui permet de veiller au bon déroulement de la concertation afin qu'elle donne lieu à :

- Une validation collective ;
- Des discussions ;
- Des réajustements / modifications ;
- Des reformulations / traductions.

Selon certains répondants ayant la fonction de manager, il est nécessaire d'organiser la concertation en deux parties. La première partie (80% à visée réflexive) est dédiée aux partages des points de vue de chacun. La seconde partie (20% à visée pragmatique) vise à déterminer des objectifs à atteindre et des moyens qui y seront dédiés. Cette décision managériale d'organiser la concertation, s'explique à la fois par le temps limité de la réunion et la volonté de garantir la formulation d'objectifs et de moyens pour y parvenir.

➤ MANAGER ACCOMPAGNATEUR

L'accompagnement du manager consiste aussi à transformer l'objectif général en un objectif applicable. Dans ce cadre, identifier un objectif c'est lui donner du sens et former les professionnels dans cette logique.

➤ MANAGER FORMATEUR

Le manager de proximité assure le suivi de l'utilisation des outils associatifs. Il accompagne des équipes par le développement de compétences individuelles et collectives pour une mise en cohérence du projet.

Lorsque le manager est amené à suivre la formalisation des expertises (bilans d'activité, mise à jour de l'anamnèse...), il peut rencontrer des difficultés. Le rôle du manager dans cette situation consiste à accompagner les équipes lors de la formalisation. D'autant que les outils sont souvent interdépendants, comme les emplois du temps d'activité qui sont liés aux objectifs du projet.

Le manager de proximité est considéré comme le premier garde-fou institutionnel. Il est amené à accompagner, assurer le suivi, vérifier, veiller à la cohérence des projets personnalisés. Mais, plusieurs répondants étant manager de proximité nous ont confié leur volonté de développer l'autonomie de leurs salariés accompagnants. Une direction a souhaité nous faire part de son rôle. Ce dernier consistait au départ à les accompagner, les aider à formaliser le projet personnalisé, dont les objectifs à atteindre. Développer les compétences des professionnels concourt *a priori* à développer leur autonomie :

1- En mobilisant l'expertise des fonctions éducatives, en tant que professionnels de terrain pour enrôler les fonctions pédagogiques et thérapeutiques. Cette mobilisation vise à une mise en débat. Le rôle du référent du projet consiste ici à coordonner et faciliter le processus de l'expertise collective.

2- En formalisant l'expertise collective puis en procédant à une validation concertée. Le rôle du référent poursuit l'enrôlement en facilitant la concertation.

Ainsi, l'enrôlement par le référent du projet participe à passer d'une compétence individuelle à une compétence collective. Cette dernière contribue à soutenir les professionnels les moins à l'aise avec la culture formelle (langage académique, syntaxe, grammaire, orthographe...).

Lorsque le manager estime que les professionnels sont suffisamment « autonomes », il peut décider alors d'avoir un rôle de suivi, en vérifiant l'expertise qui sera exposée aux familles et en s'assurant que le projet ait été contractualisé.

➤ MANAGER GARANT DE LA COMMUNICATION AUPRÈS DES ACTEURS IMPLIQUÉS

L'intérêt d'intégrer des partenaires tels que l'ASE à la démarche de projet est de partager l'expertise ainsi que les objectifs provisoires déterminés pour l'enfant. Il s'agit ici d'une démarche portée par un manager-communicant. Dans un souci de transparence et faire participer, la méthode du manager-communicant a pour volonté de faire connaître les expertises et les objectifs, en cours d'élaboration.

2.5. L'ENJEU DE LA PRISE EN COMPTE DE L'ENFANT ET SON ENTOURAGE

Pour certains, la démarche de projet personnalisé doit intégrer les familles et les institutions extérieurs considérées ici comme des partenaires. Certains acteurs ont réussi à trouver des solutions afin de parer à cette problématique par une réponse organisationnelle. D'autres acteurs dévoilent une volonté d'intégration mais se questionnent encore sur la façon d'y arriver. Démocratiser la concertation représente un intérêt de représentativité et de sens pour les acteurs.

La concertation tend à prendre en compte les besoins de l'enfant. L'intérêt de la présence de l'usager est de pouvoir recueillir son avis, mais pour certains répondants, les professionnels doivent désapprendre à exercer leur « pouvoir d'expert » qui peut influencer le point de vue de l'enfant pour contribuer à ce que l'enfant formule ses attentes et les réalise. Dans le cas des établissements où cela se fait, les étapes du processus sont les suivantes :

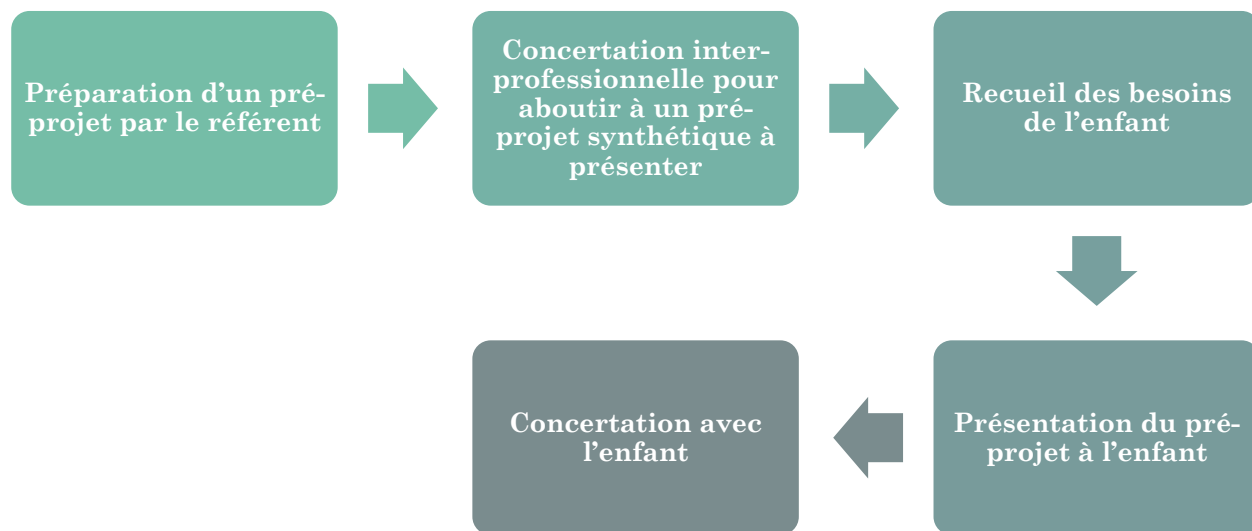


Figure 36 : Étapes du processus PPA avec l'implication de l'utilisateur. Source : Auteure

Toutefois, lorsque ces acteurs ne sont pas présents, l'avancement du processus du projet est perçu comme plus rapide. Selon certains répondants, cela se justifie par le fait que l'enfant et la famille apportent des éléments, mais qui ne sont pas toujours en lien avec la démarche de projet personnalisée. Malgré cela, les professionnels s'accordent sur le fait que les associer demeure important.

➤ **DÉMOCRATISER C'EST « ASSOCIER ». ASSOCIER C'EST « CONSIDÉRER », C'EST « VALORISER ».**

Démocratiser l'élaboration du projet repose en partie sur plusieurs facteurs conjoncturels qui peuvent ralentir ou mettre à péril le processus imaginé : crise du recrutement, changement de direction, nombre élevé de projets à élaborer par référent, turnover. L'élaboration collective et concertée est conditionnée par la stabilité de la direction et de l'équipe accompagnante. Une fois ces conditions remplies, le travail d'équipe peut être envisagé.

Lorsque les conditions sont réunies (personnel perçu comme suffisant, stabilité de l'équipe interdisciplinaire...), la démarche de projet personnalisée ne semble pas avoir changé vis-à-vis des anciennes pratiques. Toutefois, les pratiques et les attentes apparaissent plus rigoureuses.

Le discours d'un des parents interrogés confirme les propos de plusieurs éducateurs. Les échanges réguliers entretenus par les professionnels avec la famille enrichissent la démarche de projet personnalisée

(l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi). La pérennité du lien entre les acteurs apparaît importante car elle contribue au bon déroulement du processus.

« Oui, c'est ça, c'est-à-dire que tout au long de l'année, on a quand même beaucoup d'échanges sur les progressions des enfants. Les progressions ou non d'ailleurs. Quand on arrive au bout de l'année et qu'on prépare le projet pour l'année d'après, on a quand même tous ces échanges qui ont été fournis tout au long de l'année. » Répondant 38

Pour certains répondants, le parent peut exprimer son accord avec le projet sans pour autant l'avoir compris ou en être réellement convaincu. En effet, certains parents pourraient être dans une posture de reconnaissance vis-à-vis des accompagnants. Il sera alors difficile pour eux d'exposer un avis divergent ou une incompréhension afin de ne pas générer un conflit.

Ainsi, bien que les actions puissent laisser entendre que l'institution n'est pas « toute puissante », certaines parties prenantes pourraient ne pas vouloir s'exprimer de peur d'abîmer le lien avec les professionnels qui la compose.

➤ DE L'IMPORTANCE D'IMPLIQUER LES FAMILLES

La présence de la famille à la réunion de synthèse présente trois principaux intérêts :

- Un intérêt démocratique par l'expression de leur point de vue au regard des autres disciplines ;
- Un intérêt social par le renfort du lien existant ;
- Un intérêt d'efficacité par la rapidité de la contractualisation.

➤ LES FREINS À L'IMPLICATION DE L'USAGER

La démocratisation peut difficilement s'appliquer à toute situation. Les managers considèrent que certains publics usagers ne peuvent pas être associés lors de l'élaboration. Certains enfants ayant des troubles du spectre autistique et présentant une déficience intellectuelle ne pourraient intégrer le processus de construction du projet tel qu'il est conçu par les établissements.

Ainsi, l'implication de l'enfant dépend de plusieurs facteurs :

- Sa capacité de compréhension
- Son âge
- Son souhait de participation
- La volonté des managers de proximité et des référents à le faire participer (culture institutionnelle)
- Son temps de présence au sein de l'établissement, car plus il y est longtemps, plus il sera impliqué

➤ LA CO-CONSTRUCTION DU PPA

La co-construction du projet tend à :

- ⇒ Réunir un collectif d'acteurs, à la fois l'utilisateur et ses représentants légaux (les familles généralement ont un rôle perçu très important), et parfois, les représentants institutionnels (les partenaires).
- ⇒ Favoriser le dialogue entre les parties prenantes pour offrir aux acteurs un temps de dialogue « ouvert », c'est-à-dire spontané et immédiat
- ⇒ Permettre la complémentarité des points de vue
- ⇒ Inciter les acteurs à imaginer et à ajuster les moyens et actions mises en œuvre

3. LA CONTRACTUALISATION DU PROJET

La contractualisation implique d'engager les acteurs. Cette étape se caractérise par :

- Une mise en signature des professionnels
- Une présentation du projet à la famille par la traduction des objectifs
- Une mise en signature de l'utilisateur et de sa famille

La réalisation de cette étape diffère selon les pratiques des managers de proximité.

3.1. LA MOBILISATION DES FAMILLES

L'existence de la contractualisation est le résultat d'une compréhension du contexte législatif et associatif. Avant 2002, la famille de l'utilisateur, notamment les représentants légaux étaient considérés comme des acteurs implicites. Leur participation était plutôt invisible, l'accompagnement visait alors à se concentrer sur l'expertise pluriprofessionnelle et interdisciplinaire.

La loi 2002-2 a été comprise par les acteurs comme une injonction à formaliser un projet personnalisé. Au fur et à mesure, il a été question d'intégrer les familles au sein du processus de la démarche de projet, à la fois comme co-concepteur du projet, et également comme approuvateur. L'approbation est formalisée par une signature du parent.

La digitalisation du projet, accompagnée d'outils, a marqué sa structuration et en particulier la contractualisation. La contractualisation s'est élargie aux professionnels représentants de chaque discipline. Le projet dématérialisé contribue à une transparence de l'information auprès des représentants-signataires.

Pour comprendre les pratiques existantes lors de la contractualisation, il apparaît important de s'intéresser aux pratiques antérieures.

Nous rappelons qu'au début des années 2000, le projet personnalisé n'était pas explicitement présent au sein des établissements de l'association. Des objectifs globaux étaient présentés sans s'attacher à montrer leur opérationnalité. De plus, l'expertise apportée par les concertations était centralisée sur les accompagnants professionnels.

La famille n'était pas explicitement une partie prenante du projet personnalisé. L'étape de contractualisation, au sens où elle intégrait les familles, n'existait pas.

Avant la loi du 2 janvier 2002, les professionnels veillaient à communiquer leurs expertises aux familles mais celles-ci n'étaient pas considérées explicitement comme des acteurs du projet.

« On ne faisait même pas signer le projet aux parents avant 2002-2. Tu vois, on faisait notre truc, on avait des réunions avec les parents, leur disait ce qu'on travaillait, on leur disait voilà, mais c'était un outil qui était plus à l'interne que pour expliquer aux parents l'engagement qu'on prenait vis à vis de l'accompagnement du jeune » Répondant 28

L'arrivée de la loi 2002-2 a incité les acteurs-professionnels du médico-social à formaliser un projet personnalisé. Cette législation a concouru à y inclure à la fois l'utilisateur et sa famille.

Dans le champ de l'enfance, cette formalisation du projet en y intégrant les parents a eu pour effet de faire émerger un nouveau besoin auprès des établissements : faire signer le projet aux représentants légaux. Au

sein de l'association, la contractualisation du projet à travers la mise en signature a été perçue comme une réponse à une injonction réglementaire.

L'inclusion des familles à la démarche de projet s'est opérée progressivement avec comme enjeu de traduire les objectifs définis auprès d'eux.

« Et surtout parce que, et là, je trouve que c'est un vrai avantage sur les nouveaux PPA, et en tous cas j'aimerais bien le travailler plus, c'est la concrétisation de l'objectif, c'est-à-dire expliquer au mieux un parent comment on va essayer de concrétiser cet objectif. » Répondant 4

Traduire signifie dans ce contexte donner la possibilité aux parents de comprendre l'objectif proposé. Pour cela, il apparaît cohérent pour les répondants que les activités de l'enfant soient en lien avec les objectifs définis.

La contractualisation offre ensuite le choix à la famille de refuser le projet de leur enfant. Ainsi, les familles ont la possibilité de s'opposer à la contractualisation et d'exercer un pouvoir de décision.

Le manager-accompagnateur assiste à la contractualisation seulement lorsque le dialogue global avec la famille est jugé difficile. Dans ce cas précis, le manager joue un rôle protecteur envers son équipe. Pour permettre de rétablir un dialogue, il choisit alors d'utiliser le projet personnalisé afin de « fédérer » la famille.

Le schéma ci-après témoigne des différentes postures du manager selon la situation à laquelle il est confronté lors du processus de contractualisation :

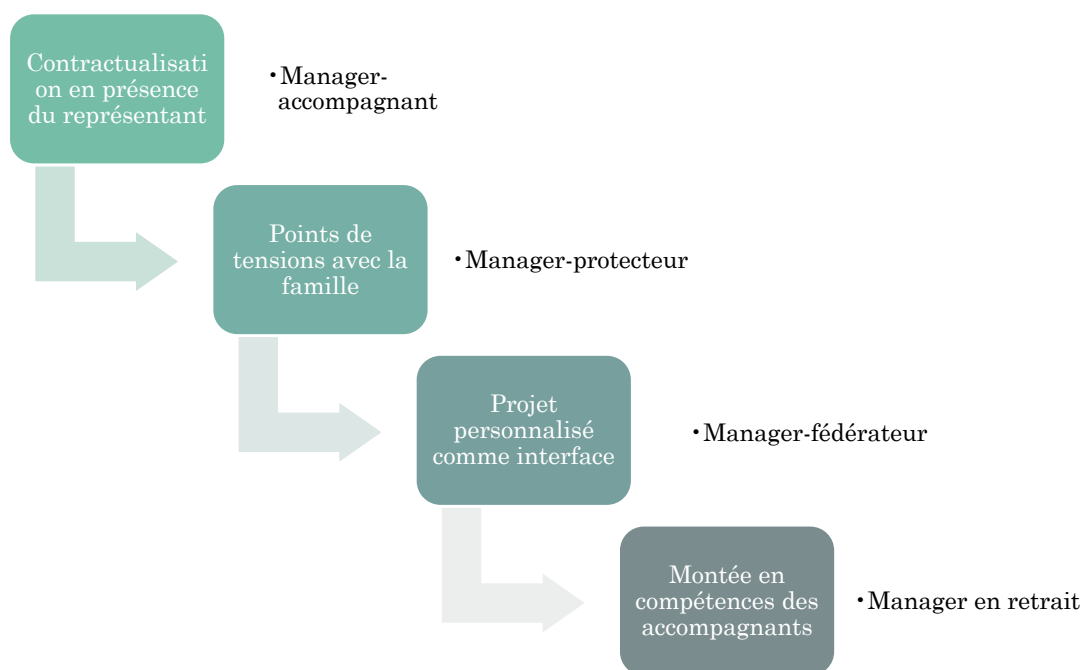


Figure 37 : Postures des managers de l'association lors de la contractualisation du PPA.

Source : Auteure

Lors de la contractualisation, le rôle du manager est perçu comme un représentant de l'institution, tandis que le référent du projet comme un « messager » de l'institution. Il est considéré comme celui qui traduit l'engagement interdisciplinaire et institutionnel auprès de l'enfant et sa famille.

➤ COMMENT PERMETTRE LA TRADUCTION ?

La Visite à Domicile (VAD) est envisagée comme moyen, à condition d'être formé. En effet, la VAD s'efforce d'« aller vers » la personne accompagnée. Elle se différencie des pratiques qui consiste à accueillir l'utilisateur et sa famille au sein des locaux de l'établissement ou à envoyer le projet par courrier. Ainsi, même si la contractualisation tend à aboutir à la signature de la famille et de l'utilisateur, pour un manager, l'enjeu se situe à la capacité de l'éducateur de traduire l'expertise réfléchie collectivement.

Ainsi, le rôle du manager consiste ici à accompagner les référents du projet à traduire l'expertise et à diversifier les moyens habituellement employés (la contractualisation dans l'enceinte de l'établissement).

Le type de structure (service, établissement, dispositif...) joue un rôle lors de la contractualisation. En effet, lorsqu'il s'agit d'une structure qui accompagne les enfants à domicile, il leur est plus facile de se rendre au domicile lors de la contractualisation. Cela s'explique par la proximité avec la famille et la régularité des échanges.

➤ COMMENT SE DÉROULE UNE CONTRACTUALISATION DU PROJET LORSQUE L'ENFANT FAIT L'OBJET D'UNE MESURE DE PLACEMENT PAR L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE (ASE) ?

Selon un répondant, manager de proximité, la contractualisation demeure auprès de la famille lorsque celle-ci détient l'autorité parentale. Il existe alors deux cas de figure :

- La famille n'a pas la possibilité de se présenter à l'établissement. L'ASE joue un rôle d'intermédiaire pour transmettre et contractualiser le projet auprès de la famille. Un représentant de l'établissement médico-social peut être présent afin d'expliquer le projet ;

- La famille a la possibilité de se présenter à l'établissement médico-social et la contractualisation s'opère en leur présence.

3.2. DE LA TRADUCTION DES OBJECTIFS À UN ENGAGEMENT PARTAGÉ

La contractualisation engage les acteurs signataires. La signature n'est pas considérée comme un but, mais comme un moyen d'engager un collectif. L'enjeu est porté sur la pertinence des objectifs formulés. Le manager peut s'attacher à rester vigilant car il considère que l'institution fait partie de cet engagement. La pertinence de l'objectif se mesure dans ce cas sa faisabilité, à la fois par la capacité de l'enfant à l'atteindre et par la capacité du professionnel à l'accompagner.

Ainsi, pour engager les acteurs, la traduction des objectifs passe par quatre étapes de questionnements :

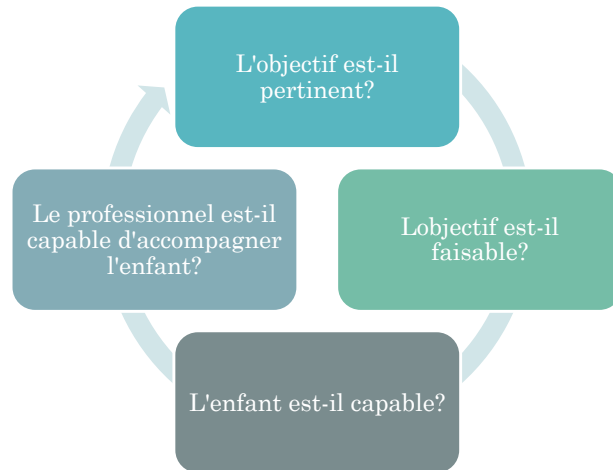


Figure 38 : Traduction des objectifs. Source : Auteure

➤ UNE PHASE DE CONTRACTUALISATION AVEC UN DOUBLE ENGAGEMENT

Nous pouvons identifier deux formes d'engagement lors de la contractualisation. Il y a l'engagement institutionnel et l'engagement interpersonnel. L'engagement institutionnel contribuerait à un engagement interpersonnel. En d'autres termes, l'accompagnement décidé permet de « rassurer » les familles. L'effort de transparence par les professionnels témoigne de la raison d'être de l'établissement et de mettre du sens dans l'accompagnement.

Aussi, cette étape de contractualisation permet alors de recueillir le soutien de la famille.

Pour certains managers interrogés, l'engagement se traduit par la signature des professionnels. La contractualisation débute alors par la signature des accompagnants de l'établissement. L'intérêt vise à montrer à la famille l'engagement pris par les accompagnants pour atteindre les objectifs. L'une des cadres interrogées estime que la famille assure un rôle de validation. La signature de la famille est considérée comme un accord de leur part à poursuivre les objectifs décidés.

Une éducatrice, quant à elle, nous a signalé que l'invitation des parents dans les locaux de l'établissement permettait de les responsabiliser, la rencontre apparaissant comme officielle.

Si la rencontre n'est pas possible car des parents ne le souhaitent pas, il peut être décidé d'aller au domicile. Toutes les solutions doivent être envisagées pour contractualiser auprès de la famille. Cela exige de la ténacité.

« Je pense qu'il faut une certaine rigueur parce qu'il ne faut pas lâcher, même si les parents ne veulent pas [...]. Je sais que ce n'est pas facile de faire venir des parents à certains moments. Et si tu ne peux pas les faire venir, tu y vas, tu vas au domicile leur faire signer le PPA » Répondant 18

Par ailleurs, un des répondants nous a donné l'exemple d'un enfant mineur ayant atteint la majorité. Ce dernier a demandé à signer son projet et à ne pas le faire signer à ses parents. Cela montre à la fois la capacité de l'utilisateur à s'impliquer et la prise en compte de son âge par l'institution. Il est alors considéré comme « responsable ». Enfin, la situation de l'utilisateur permettait *a priori* une compréhension du projet. La participation de l'utilisateur passe par sa compréhension.

Ce même répondant nous a également donné l'exemple des enfants accompagnés en ITEP, expliquant qu'ils seraient plus enclins à participer en raison de leur capacité à comprendre leur PPA.

➤ LA SIGNATURE POUR FORMALISER L'ENGAGEMENT

Lorsque l'engagement est partagé, la contractualisation s'opère par l'impression du projet et la mise en signature. Chaque partie prenante conserve une copie.

Il convient de remarquer que si la concertation et la contractualisation constituent deux phases distinctes du processus de la démarche de projet, elles peuvent être regroupées dans certaines situations en une seule rencontre. Cela permet de réunir l'ensemble des acteurs signataires à la fois les professionnels, l'utilisateur et sa famille. Lorsqu'un accord a été trouvé, le projet peut être diffusé pour la mise en signature.

Cette méthode est perçue comme un gain de temps car cela évite de présenter le projet aux familles à une autre période.

La fin de l'accompagnement correspond à la fin de la contractualisation de la démarche de projet.

3.3. DES FREINS À LA TRADUCTION

➤ UN CLIMAT PEU PROPICE AU DIALOGUE

Dans une situation décrite par un répondant, la contractualisation repose sur l'éducateur-référent du projet. Toutefois, le cadre de proximité peut être mobilisé si le référent en exprime le besoin. C'est souvent le cas

lors d'un contexte ou d'une situation jugé complexe. La complexité est reconnue lorsque la relation de confiance entre la famille et les accompagnants professionnels semble fragilisée (propos considérés comme mensongers, comportements « contestataires »). Selon un répondant exerçant la fonction de manager, il est crucial de donner de l'importance au contexte de la contractualisation. Le répondant estime que cette dernière doit avoir lieu dans un climat serein et sécurisant. L'absence d'un tel climat propice au dialogue pourrait entraver, voire faire échouer la démarche de projet.

➤ L'ABSENCE DE RENCONTRES RÉGULIÈRES

Pour plusieurs acteurs interrogés, la contractualisation doit s'accompagner d'échanges réguliers avec la famille. Une rencontre uniquement lors de la contractualisation est perçue comme insuffisante pour entretenir un lien avec la famille. La phase de contractualisation doit pouvoir ponctuer et traduire la régularité des échanges et du lien.

Les outils peuvent faciliter l'organisation d'une rencontre avec la famille en raison de leur caractère « officiel ». Cependant, le problème réside dans le fait que les échanges ne sont pas entretenus régulièrement et se limitent à des rencontres formelles. Or, l'adhésion, la participation et la compréhension du projet semblent dépendre du temps consacré aux échanges.

Le manque de lien entre les professionnels et la famille peut contribuer à l'échec de la traduction. Selon un répondant, les pratiques institutionnelles peuvent favoriser le retrait des familles. Pour prévenir ce phénomène, il est suggéré que les professionnels-accompagnants prennent en charge l'entretien du lien de confiance avec les familles afin que cela n'affecte pas négativement la démarche du projet personnalisé.

En outre, les facteurs qui peuvent entraver le processus de traduction sont les suivants :

- L'irrégularité des rencontres car elle peut entraîner une dégradation du lien de confiance ou entraver son développement ;
- Des échanges focalisés sur les difficultés de l'enfant (comportement, langage...);
- Une posture d'opposition de certaines familles, qui peuvent être en conflit avec l'établissement (méfiance institutionnelle ou interpersonnelle) ;

Ces facteurs, essentiellement liés au lien avec la famille, peuvent avoir pour conséquence de ne pas rendre l'usager acteur de son projet. En effet, selon les répondants, pour atteindre, convaincre et faire participer l'enfant, il est également nécessaire de passer par la famille.

3.4. LE SUIVI DE LA CONTRACTUALISATION : OUTIL ET INDICATEURS

➤ L'ENREGISTREMENT DU PROJET CONTRACTUALISÉ SUR L'OUTIL DE L'ASSOCIATION

Le logiciel de l'association tend à regrouper l'ensemble des projets personnalisés de chaque usager. Le projet est imprimé en fonction des éléments inscrits au sein du logiciel.

Si la famille accepte de signer de façon manuscrite le projet, la contractualisation est considérée comme terminée. La prochaine étape consiste à enregistrer le projet signé au sein du logiciel associatif. Cette action est perçue comme une obligation.

Lorsque le projet est signé, il est remis au secrétariat d'établissement pour être intégré au logiciel. A cette fin, le secrétariat est chargé de le classer dans le dossier de l'enfant. Le projet sera stocké dans un espace dédié à la Gestion Électronique des Documents (GED). Le second rôle du secrétariat consiste parfois à saisir les dates de signature au sein d'un tableau de bord stock au sein du serveur « cloud » de l'association. La délégation systématique du classement du projet repose *a priori* sur une relation de confiance entre le cadre de proximité et le secrétaire d'établissement.

➤ LES TABLEAUX DE BORD : DES INDICATEURS COMME REPÈRE INSTITUTIONNEL

Des outils aident à suivre l'avancement de la démarche de projet personnalisé. Ces instruments de pilotage sont principalement utilisés par les managers et présentent sous la forme de tableau de bord. Chaque projet signé est comptabilisé au sein du tableau de bord.

Il est parfois demandé aux managers un seuil minimal de 80% des projets contractualisés. Les accompagnants, en tant que professionnels de terrain, peuvent parfois percevoir que le projet personnalisé est intégré à une logique axée sur les résultats. D'un point de vue gestionnaire, les indicateurs font partie de cette logique de résultat. Cependant, une culture trop poussée des « indicateurs » peut entraîner une bureaucratisation de la démarche, s'éloignant ainsi de sa mise en œuvre effective auprès de l'enfant.

« Alors moi, par exemple, mon tableau de bord me permet de savoir combien il y a de synthèses qui ont été effectuées, combien de synthèses ont été signées. » Répondant 28

Le Répondant 28 confirme les propos de plusieurs managers de proximité lorsqu'il évoque l'utilisation d'un tableau de bord. Ce manager porte son attention sur deux indicateurs :

- Le nombre de réunions de synthèse réalisées
- Le nombre de projets signés

Chaque année, les structures médico-sociales sont tenus de compléter les indicateurs de l'ANAP et de transmettre un rapport d'activité composé de plusieurs indicateurs à l'Agence Régionale de Santé (ARS), le principal financeur des établissements médico-sociaux. Lorsque nous évoquons la place de l'ARS, une des managers nous répond qu'elle n'intervient pas dans le choix des indicateurs. En effet, parmi les indicateurs transmis, ceux relatifs au projet personnalisé sont les suivants :

- le nombre de projets formalisés
- Le nombre de projet contractualisés (signés par la famille)

Ces indicateurs ont été standardisés à l'ensemble des services et établissements de l'association et sont diffusés au financeur sans que lui-même ne l'exige.

4. LA MISE EN PRATIQUE DU PROJET

4.1. LE PROJET, UN OUTIL D'ACCOMPAGNEMENT

Certains répondants ont souligné leur subjectivité en tant qu'accompagnant. Cette posture subjective conforte l'idée que la concertation peut permettre d'objectiver l'accompagnement.

« D'ailleurs, on se base sur des faits quotidiens qui sont peut-être même des fois, pas objectifs. C'est assez complexe. » Répondant 33

Pour plusieurs interviewés, le projet est à considérer comme un outil d'accompagnement au quotidien, et moins comme un document officiel immuable qui se limiterait à officialiser une information, telle qu'un extrait de date de naissance ou un passeport.

Il devrait plutôt être envisagé comme un « passeport », au sens où il permet de passer d'une frontière à l'autre et est modifié en fonction des frontières franchies (chaque passage étant tamponné par la police des frontières). Il en devient ainsi un objet commun et dynamique, une boussole, une ressource et un moyen d'accompagner l'utilisateur.

➤ LE PROJET, UN OBJET PEU EXPLOITÉ

La contractualisation repose en partie sur la validation formelle des parents. Cependant, cela ne garantit pas que le projet soit pleinement intégré et mis en œuvre par l'équipe interdisciplinaire. Par exemple, il arrive que le projet ne soit pas explicitement discuté lors des réunions d'équipe, et les objectifs ne sont pas toujours réexaminés pour assurer un suivi efficace.

➤ LA DIGITALISATION : VERS UN ACCÈS EN TEMPS RÉEL AU PROJET

La digitalisation a permis de donner l'accès en temps réel au projet personnalisé à l'ensemble des accompagnants professionnels.

4.2. L'APPLICATION DU PROJET SELON LES PROFILS D'ENFANTS

La majorité des répondants considère que le projet personnalisé présente un intérêt pour l'enfant. Toutefois, certains soulèvent plusieurs limites lors de sa mise en œuvre :

- Une application due à une réponse à une injonction législative : « c'est la loi » ;
- Un projet qui offre peu de flexibilité lorsque les objectifs sont fixés ;
- Une ambivalence qui se situe dans l'équilibre entre le caractère évolutif de l'enfant et les objectifs à atteindre à travers le projet ;
- Un projet qui peut ne plus être adapté au bout d'un mois.

Dès lors qu'un projet personnalisé est déterminé pour l'enfant, les activités mises en place devraient correspondre à ses besoins. Toutefois, malgré le souhait des accompagnants, la répartition en groupes d'enfants lors des activités peut mettre à mal l'individualisation de l'accompagnement.

Les professionnels prennent le temps d'élaborer chaque projet. Toutefois, le projet s'avère tributaire de la situation de l'enfant. Ainsi, si l'enfant évolue ou présente des difficultés qui n'étaient pas identifiées lors de l'élaboration, le projet peut ne plus être adapté. L'un des répondants nous confie que cette difficulté est à la fois présente lors du projet global et du projet scolaire.

Le projet personnalisé nécessite de tenir compte de l'évolution de l'enfant (changement des besoins, parcours pré-professionnel, développement de compétences adaptés...). Certaines familles peuvent ne pas intégrer certains changements (compétences attendues, besoins évolutifs de l'enfant...). L'enjeu pour les professionnels de l'établissement consiste à réfléchir l'accompagnement des familles. Certains de ces acteurs peuvent avoir un rôle à jouer, notamment les managers de proximité et le référent du projet.

Le passage du champ de l'enfance au secteur adulte peut nécessiter un accompagnement des familles afin d'exposer les points suivants : la préparation du projet professionnel, l'accueil en milieu ordinaire ou milieu protégé, les modalités d'accompagnement...

5. VISION SYNTHÉTIQUE DE LA DÉMARCHE DU PPA

Le tableau ci-dessous vise à synthétiser les différentes étapes participant à la démarche PPA et les attentes à chacune d'entre elles.

À chaque étape, en commençant par la phase de préparation du PPA et jusqu'à sa mise en œuvre concrète, nous rappelons les caractéristiques, les mécanismes d'action déployés et les acteurs mobilisés.

Tableau 51 : Tableau de synthèse de la démarche du PPA. Source : Auteure

	ANALYSE DES OBSERVATIONS	CONCERTATION	CONTRACTUALISATION	MISE EN PRATIQUE
CARACTÉRISTIQUES	Première analyse de la spécificité micro-environnementale de l'utilisateur	Objectivation commune des avis subjectifs	Ancrage officielle du projet commun	Mise à jour et suivi du projet
MÉCANISMES D'ACTION	Utilisation d'un outil commun (RIO)	Remplissage d'une partie dédiée au projet standardisé	Circuit de validation avec une mise en signature plus ou moins flexible et hétérogène	Évaluation des objectifs
ACTEURS MOBILISÉS	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de terrain - Pilote du projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de terrain - Famille / Usager 	<ul style="list-style-type: none"> - Famille / Usager - Représentant de l'institution (Référént ou Manager de proximité) 	<ul style="list-style-type: none"> - Manager de proximité - Professionnels de terrain

CHAPITRE 5 : DISCUSSION GÉNÉRALE, CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET PRÉCONISATIONS MANAGÉRIALES

Ce chapitre vise à proposer une discussion des résultats au regard de la littérature afin de comprendre le rôle du projet personnalisé au sein de l'association étudiée.

Nous rappelons que notre cas présente trois objectifs (cf. Chapitre 3, figure 23) :

- Analyse de l'intérêt du projet personnalisé pour l'enfant en situation de handicap ;
- Identification des facteurs internes/externes et qui participent/contribuent au rôle du projet ;
- Conceptualisation du rôle du projet personnalisé.

La section 1 présente le projet personnalisé comme un symbole de l'outil de gestion durant la démarche de projet. Elle précise que le projet personnalisé est mobilisé dans trois registres : l'influence de la doctrine du NPM, le Nouveau Management Associatif ainsi que la gestion de projet.

La section 2 précise le rôle de la convivialité pour transformer l'outil de gestion en objet-frontière.

La première partie de la section 3 présente le projet personnalisé comme un objet-frontière durant les phases de la démarche de projet. Elle distingue les types d'objet-frontière à chaque étape. L'objet-frontière sert à la fois d'interface entre les acteurs issus de mondes sociaux hétérogènes et d'aide à la traduction.

La seconde partie de la section 3 identifie les facteurs internes et externes qui peuvent contribuer ou entraver le rôle du projet personnalisé joué par l'objet-frontière.

SECTION 1 - LE PROJET PERSONNALISÉ : UN OUTIL DE GESTION ?

Dans un premier temps, nos résultats soulignent que le projet personnalisé est, dans une certaine mesure, mobilisé comme un outil de gestion (Hatchuel et Weil, 1992 ; De Vaujany, 2005). Plus l'on monte dans les niveaux hiérarchiques et managériaux de l'association, plus le projet personnalisé est mobilisé comme un outil de gestion. Quels sont les signes qui nous laissent suggérer que le projet personnalisé a été mobilisé comme un outil de gestion ?

Le tableau ci-après tend à répondre à cette question :

Tableau 52 : le PPA : un outil de gestion ? Source : Auteure

Élément qui indique que le PPA est mobilisé comme un outil de gestion	Rôle du projet en tant qu'outil de gestion	Caractéristiques	Intérêt recherché	Phase de la démarche	Courant influencé
Indicateur ANAP	Outil de reporting	Intermédiaire pour rendre compte	Transparence partielle	Mise en pratique	Doctrine du NPM
Indicateur Rapport d'activité de l'association	Outil de reporting	Intermédiaire pour rendre compte	Transparence partielle	Mise en pratique	Nouveau Management Associatif
Grille SERAFIN-PH intégré au « squelette » du projet personnalisé	Outil d'évaluation	Grille de lecture	Besoin de cohérence : Adéquation entre le financement et la prestation	Concertation	Doctrine du NPM Nouveau Management Associatif
Échéancier des concertations et mise en signature	Outil de gestion de projet (Suivi)	Outil pour structurer l'organisation	Méthode Transparence partielle	Préparation et Contractualisation	Gestion de projet

Nos résultats montrent que le projet personnalisé a d'abord été perçu comme un outil de gestion. En effet, l'arrivée de la loi 2002-2 s'est traduite par une urgence à produire un projet personnalisé. La loi a été comprise comme une injonction.

Parallèlement, le développement du Nouveau Management Public et du Nouveau Management Associatif a également instauré la nécessité d'indicateurs en mesurant le nombre de projets formalisés et signés par les parents. L'intérêt était d'apporter une visibilité quantitative auprès des agences publiques (ARS et ANAP).

Cela s'est traduit par des attentes de la gouvernance associative à demander aux établissements d'évaluer le nombre de projets personnalisés ainsi que de transmettre annuellement les indicateurs via leurs rapports d'activité et les tableaux de bord proposés par l'ANAP. Le projet personnalisé est alors mobilisé comme un indicateur ou un outil de reporting. Dans ce cadre, le projet personnalisé en tant qu'outil de gestion revêt une perspective socio-politique, au sens de De Vaujany (2005), c'est-à-dire un « outil de valorisation », une « médaille ». Dès lors, le projet correspond à un symbole (Flachère, Nau et Salesina, 2023).

Basé sur la théorie du NPM et traduit par le Nouveau Management Associatif, le projet personnalisé en tant qu'outil de gestion est amené à répondre à une logique de « résultat » dans un objectif de maîtrise de l'activité (Andrien, 2014 ; Lux, 2015).

Nos résultats soulignent également que l'évaluation du projet personnalisé correspond à une évaluation « habituelle ou routinisée » (Chauvière, 2013). C'est notamment le cas lors du suivi des indicateurs. Ce suivi a lieu lors de la rédaction des rapports d'activité, du remplissage du tableau de bord de l'ANAP ou lors de la contractualisation pour évaluer le nombre de PPA formalisés et signés par les familles.

Si la mise en cohérence entre le projet personnalisé et le projet de service ou d'établissement peut représenter un enjeu important pour Deshaies (2014), en pratique, elle n'apparaît pas comme un point central au sein de l'association.

Ainsi, le projet personnalisé au niveau de la gouvernance de l'association, des autorités de contrôle ou institutionnelles telles que l'ARS ou l'ANAP est plutôt utilisé comme un outil de gestion. Les managers de niveau n+2 et n+1 n'en sont que les opérateurs afin de répondre aux nouvelles attentes.

Lorsque le manager de proximité dispose d'un besoin en méthodologie de projet et de rendre compte, le projet joue le rôle d'outil de gestion. C'est notamment le cas lors de la planification par un échéancier et lors de la contractualisation du projet par la recherche de signature. En ce sens, le projet s'inscrit dans une démarche méthodologique (Allard-Poesi et Perret, 2005 ; Deshaies, 2014). Dès lors, le projet a une représentation symbolique de processus (Flachère, Nau et Salesina, 2023).

Enfin, l'association a fait le choix de dématérialiser le projet personnalisé en y incorporant un nouveau référentiel et un outil d'évaluation des besoins et prestations provenant de la grille de tarification SERAFIN-PH. Cela a renforcé le rôle d'outil de gestion du PPA.

En outre, la réponse apportée par l'association apparaît comme un isomorphisme coercitif (DiMaggio et Powell, 1983) où l'association se plie à la loi. C'est la raison pour laquelle, le projet personnalisé dans ce cadre-là a plutôt été compris comme un outil de gestion. Il est mobilisé comme un outil de reporting. Le projet en tant qu'instrument de gestion sert comme un moyen de rendre compte de son avancement en vérifiant s'il a bien été formalisé, contractualisé, planifié au sein des organisations.

Nos résultats mettent en lumière que le projet personnalisé comme outil de gestion apporte aux agences publiques des indicateurs. Mais cette mobilisation de l'outil n'apporte qu'une vision partielle de la réalité. En effet, même si des structures disposent de 100% de projets formalisés, il est difficile de savoir si le projet a été compris, approprié par tous, c'est en ce sens où le projet ne peut se limiter à des indicateurs.

➤ L'OUTILLAGE NUMÉRIQUE : UN FACILITATEUR DU RÔLE D'OUTIL DE GESTION ?

La littérature met en perspective que le projet « sur-mesure » qu'est le PPA pose la question des instruments technologiques. Ainsi, la dématérialisation a-t-elle facilité ou empêché le rôle d'outil de gestion ?

Les résultats soulignent que la dématérialisation du projet personnalisé et de façon plus large, du dossier de l'utilisateur, facilite le rôle d'outil de gestion. Dans la perspective du NPM, la digitalisation de l'information s'inscrit davantage dans une logique de faciliter le reporting plutôt qu'à première vue, comme l'indiquaient Luangsay-Catelin et Roybier-Mtanios (2020), à améliorer la qualité du service rendu.

De plus, le rôle d'outil de gestion rend également plus explicite le contrôle des ESMS (Pinède et Lespinet-Najib, 2019 ; Bacache-Beauvallet, Bounie et François, 2011).

SECTION 2 - LA CONVIVIALITÉ POUR TRANSFORMER L'OUTIL DE GESTION EN OBJET-FRONTIÈRE

Nos résultats soulignent également que le projet personnalisé, non plus auprès des agences publiques ou de la gouvernance associative voire des managers, est décliné auprès des acteurs de terrain comme

un objet-frontière. Cette transformation d'outil de gestion en objet-frontière peut s'opérer grâce à un esprit de convivialité (Illich, 1973) dès le début de la mise en place. Cette convivialité s'accompagne d'une certaine sympathie, au sens de Smith (1759). La sympathie peut se décrire par une « affinité avec toute passion, quelle qu'elle soit » (Smith, 2014 ; p.27)¹⁰¹ :

- Dans le cas du projet personnalisé, il s'agit d'une « sympathie réciproque » (Smith, 2014 ; p.32), une « correspondance des sentiments des autres avec les nôtres » où la « sympathie avive la joie et atténue la peine ». (p.34). Si la « sympathie réciproque » de Smith (2014, p.32) s'identifie par un sentiment partagé par les acteurs du projet personnalisé, elle peut en être facilitée par le travail interdisciplinaire promu par l'association, et qui tend à décloisonner les mondes.
- Pour la passion, elle peut se traduire dans notre cas par la « passion sociale » (Smith, 2014 ; p.74), c'est-à-dire qui a le « souci pour la personne » (Smith, 2014 ; p.74) ou le « souci de l'intérêt d'autrui » tel que l'intérêt général (Martineau, 2006). Les acteurs du projet personnalisé ont un intérêt commun, le bien-être de l'enfant en situation de handicap. Martineau (2006) considère également que les outils de gestion, habités par une logique du NPM (l'application des outils du secteur privé au sein du secteur public), « devraient donc intégrer cette vertu de bienveillance » qui habite la passion sociale. Ainsi, pourrait-on croire que l'outil de gestion qui intègre une certaine bienveillance par les acteurs se transforme en objet-frontière ?

En somme, lorsque le projet personnalisé prend une dimension opérationnelle, les acteurs sont portés par un « esprit de convivialité ». La logique de convivialité vient de l'usage qu'en font les acteurs. Par l'usage, les acteurs font du projet personnalisé un outil convivial. De plus pour passer de l'outil de gestion à l'objet-frontière, la convivialité s'accompagne d'une sympathie réciproque envers le projet de l'enfant.

En outre, lorsque le projet est compris comme un outil de gestion dans le cadre d'un isomorphisme coercitif, le projet personnalisé paraît « froid ». Les résultats de l'étude révèlent que le projet se met difficilement en place au début car il est compris comme une contrainte. Mais, comme les acteurs cherchent une solution globale dans l'intérêt de l'enfant sans fusionner leurs disciplines ou les faire disparaître, ils se saisissent du projet personnalisé comme une interface conviviale.

¹⁰¹ L'ouvrage d'Adam Smith *The Theory of Moral Sentiments* (qui a été traduite par la théorie des sentiments moraux) est paru en 1759. L'ouvrage a connu plusieurs révisions par l'auteur dont la dernière est parue en 1789. L'ouvrage paru en 2014 correspond à la traduction française de l'ouvrage de Smith (1976) par Biziou, Gautier et Pradeau.

En outre, la transformation de l'outil de gestion en objet-frontière nous permet de passer d'une transparence partielle, où le projet est réduit à des indicateurs, à une transparence plus globale, offrant ainsi une vue d'ensemble plus complète de l'accompagnement.

Au-delà de l'intérêt commun, la convivialité que les acteurs ont à l'esprit concourt à conserver la liberté de chacun vis-à-vis de l'outil. En effet, le projet personnalisé porté par une logique de convivialité peut être soit un document au format word comme un bilan disciplinaire, un document incorporé au sein d'un logiciel... Même s'il y a une règle d'utiliser le projet et que ce dernier a une forme déterminée, chacun l'utilise comme il le souhaite. En outre, l'outil est convivial dès lors que l'on lui donne la forme que l'on veut (Illich, 1973). De plus, la convivialité encourage la transparence globale où chacun peut se saisir de l'outil. Ainsi, les acteurs trouvent un intérêt au projet personnalisé car ils ont à la fois une préoccupation commune, le bien-être de l'utilisateur, mais aussi parce qu'ils donnent à l'outil la forme qu'ils souhaitent.

Toutefois, l'objet-frontière pourrait lui-même être considéré comme un outil de gestion lorsqu'il cherche à faire avancer la situation de l'enfant (dans une vision d'efficacité du service rendu (Hood, 1991 ; Van Haepere, 2012) et du processus (Ghaffari et al., 2013) de la démarche de projet personnalisé) sans devoir considérer le contrôle comme une finalité. Cette recherche d'efficacité correspond à la cinquième dimension du NPM que nous avons identifiée : une dimension idéologique où l'efficacité s'inscrit dans une volonté d'efficacité et d'excellence (Pesqueux (2021) s'appuyant sur les travaux de Ferlie et al. (1996) et Hufty (dir.) (1998)) de l'accompagnement de l'enfant.

Le tableau ci-après permet de distinguer le rôle de l'outil de gestion et de l'objet-frontière :

Tableau 53 : Outil de gestion et objet-frontière. Source : Auteure

	Outil de gestion	Objet-frontière
Mécanisme	Contrôle (influencé par la doctrine du NPM)	Convivialité accompagnée d'une sympathie
Réponse de l'association	Isomorphisme coercitif (DiMaggio et Powell, 1983) L'association répond à l'injonction de la loi 2002-2	Stratégie autonome (Burgelman, 1991) L'association prend en compte son « ADN » : l'interdisciplinarité
Moyen	Données quantitatives	Approche qualitative

En outre, l'une des conditions pour que le projet personnalisé passe d'outil de gestion en objet-frontière est :

- La convivialité accompagnée d'une sympathie réciproque
- La préoccupation commune de la situation de l'enfant

Nous proposons une figure de synthèse afin d'illustrer la transformation de l'outil de gestion en objet-frontière :

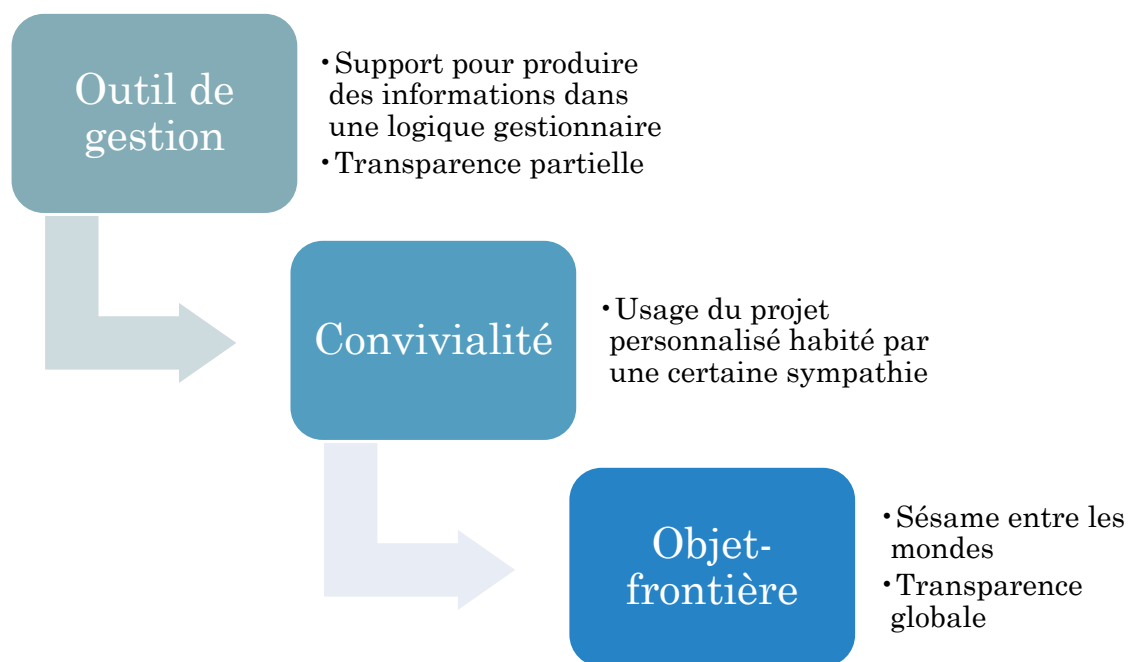


Figure 39 : Transformation de l'outil de gestion en objet-frontière. Source : Auteure

SECTION 3 - LE PROJET PERSONNALISÉ : UN OBJET-FRONTIÈRE POUR INTÉGRER ET TRADUIRE DES MONDES

1. L'IMPLICATION DES MONDES APPLIQUÉS À NOTRE CAS

La prise en compte d'une pluralité de mondes dans notre champ théorique a permis de mettre en perspective les blocages ou tensions pouvant exister entre les professionnels issus de cultures différentes ou d'une culture commune mais qui ont des approches distinctes (comme la branche thérapeutique composé du psychothérapeute, psychologue et pédopsychiatre). Le projet peut alors habiter plusieurs mondes divergents.

A travers la loi 2002-2 et les recommandations de l'ANESM, le projet personnalisé suggère l'implication de plusieurs acteurs. Nous avons évoqué l'émergence de tensions, conflits et divergence de points de vue entre les acteurs et qui s'illustrent par l'identification de mondes sociaux (Chapitre 2, Section 2). Les résultats de l'étude permettent une interprétation de la coexistence de plusieurs mondes (Boltanski et Thévenot, 1991). Des mondes « cohabitent » au sein du projet personnalisé. Il existe plusieurs mondes dans le champ de la santé (Nautré et Kononovich, 2014 ; Albert-Cromarias, Dos Santos et Nautré, 2018). Nous proposons d'enrichir l'identification des mondes au sein du secteur médico-social. Dans notre cas, la définition des mondes dépend de l'angle d'analyse choisi.

Si le projet peut être habité par plusieurs mondes, leur nature change selon l'angle d'analyse choisi. Ainsi, nous avons identifié des mondes selon trois angles d'analyse. Chaque angle d'analyse forme une coexistence des mondes. Nos résultats montrent que les acteurs peuvent appartenir à un monde selon trois angles : leur statut, leur champ d'expertise et leur secteur d'appartenance. A titre d'exemple, un professionnel qui a la même profession qu'un autre acteur peut agir différemment selon le monde auquel il appartient et l'angle d'analyse :

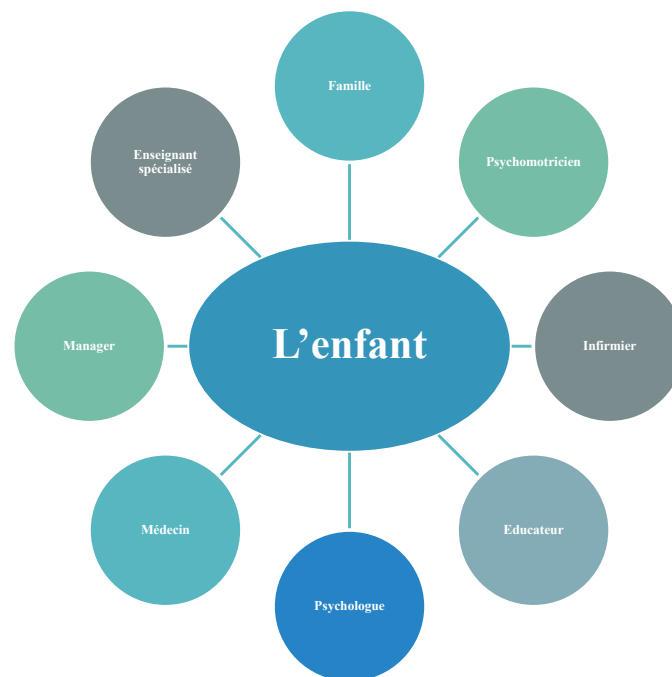


Figure 40 : Le projet personnalisé habité par la coexistence des mondes, selon le statut de l'acteur. Source : Auteure

Dans cette première forme de coexistence, le monde correspond à un statut. Nous avons fait le choix que chaque monde puisse être le plus large possible. Ce schéma aurait pu être enrichi par la spécialité exercées les médecins (médecin généraliste, pédopsychiatre...) ou le type de manager (manager de proximité, manager intermédiaire...).

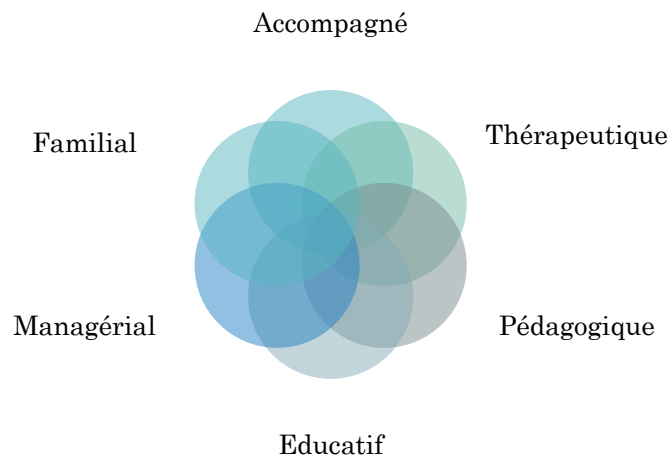


Figure 41 : Le projet personnalisé habité par la coexistence des mondes, selon le champ d'expertise de l'acteur. Source : Auteure

Le projet de l'enfant peut être habité par plusieurs mondes selon le champ d'expertise. Nos résultats mettent en exergue que le besoin de traduction s'avère particulièrement mobilisé lorsque le projet personnalisé intègre le monde « familial » (parent) et le monde « accompagné » (usager). Si les acteurs issus du monde managérial mobilisent le projet personnalisé en tant qu'outil de gestion, ils le mobilisent parfois en tant qu'objet-frontière. C'est le cas des managers de proximité, garants institutionnels du projet, lorsqu'ils opèrent des traductions et recherchent la participation des acteurs.

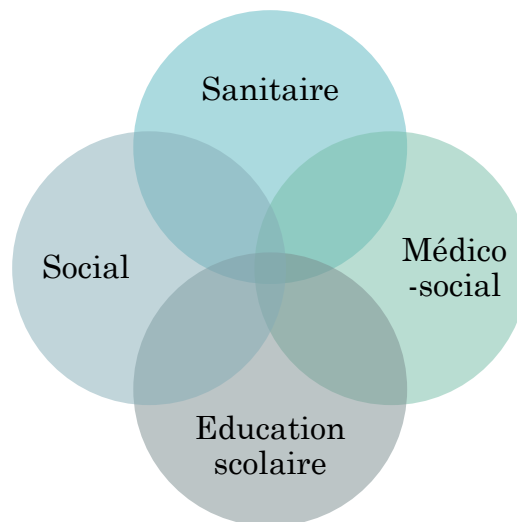


Figure 42 : Le projet personnalisé habité par la coexistence des mondes selon le secteur représenté par l'acteur. Source : Auteure

Ce dernier angle d'analyse prend en considération les mondes sociaux externes et internes. En effet, si le projet personnalisé tend à décloisonner les mondes, il implique d'intégrer des acteurs externes à

l'organisation médico-sociale. C'est notamment le cas lorsque l'enfant est accompagné par le monde sanitaire (Ex : professionnel de santé), le monde social (Ex : éducateur-référent de l'Aide Sociale à l'Enfance), le monde de l'éducation scolaire (Ex : enseignant).

En somme, la complexité réside dans le fait qu'un même professionnel peut appartenir à un monde différent selon l'angle d'analyse. Un professionnel de santé peut faire partie du monde thérapeutique tout en faisant parti du monde médico-social (Ex : pédopsychiatre salarié au sein d'un établissement pour enfant).

2. LA TRADUCTION APPLIQUÉE AU PROJET PERSONNALISÉ : INTÉRÊT ET LIMITE

2.1. LA NÉCESSITÉ D'UNE TRADUCTION ET DE LA PRÉSENCE D'UN TRADUCTEUR

Parmi les acteurs porteurs du projet et mobilisés autour de l'objet-frontière, il y a les traducteurs (Durand, Baret et Krohmer, 2018). L'étude révèle que l'objet-frontière réussit à exister parce qu'il y a des personnes prêtes à traduire. L'outil est présent et chacun peut l'utiliser. Cependant, si chaque acteur ne comprend pas les actions des autres et s'il n'y a pas de traducteur pour leur mise en perspective, la collaboration risque de ne pas aboutir.

Bien qu'il y ait un usage commun de l'outil, cela ne garantit pas que les acteurs comprennent ce que font les autres. D'où la nécessité de la traduction. Un traducteur représente un porte-parole (Callon, 1986). Il a la capacité de comprendre les postures et perçoit les différentes manières d'utiliser le projet personnalisé.

2.2. LES CARACTÉRISTIQUES DU TRADUCTEUR

L'étude nous a permis de relever le profil des « traducteurs » au sens de Durand, Baret et Krohmer (2018). Un traducteur représente un porte-parole (Callon, 1986), une personne qui est en capacité de comprendre les postures. Dans notre cas, le traducteur :

- Vulgarise et reformule les points de vue ;
- Tente de rendre compréhensible le langage des mondes ;

- Entretien un lien entre les acteurs notamment par la représentativité du réseau (approche quantitative), et par les relations de confiance interpersonnelle (approche qualitative) ;
- S'adapte en fonction des profils (Ex : il vulgarise davantage auprès des familles (non-experts) que vis-à-vis des professionnels (experts)).

Nos résultats confortent les trois caractéristiques du traducteur (Lemaire et Nobre, 2014) :

- La capacité d'attribution d'un rôle auprès des acteurs pour les inciter à participer
 - Le traducteur tend à faire participer les acteurs (professionnels et non-professionnels) lors des phases de la démarche de projet personnalisé.
- La légitimité pour être accepté
 - Lorsque le traducteur est le référent du projet de l'enfant, il dispose d'une légitimité professionnelle, au sens fonctionnel (Bouquet, 2014). Lorsque le manager de proximité est identifié comme le traducteur, il dispose d'une légitimité professionnelle, au sens hiérarchique (Bouquet, 2014).
- Le souci de vigilance auprès des acteurs pour garantir la transparence et maintenir la confiance
 - Le traducteur veille à entretenir un lien de confiance avec l'enfant et sa famille.

Les deux traducteurs les plus représentés sont les référents du projet (généralement éducateurs et parfois infirmier) ainsi que les managers de proximité. Toutefois, d'autres traducteurs sont présents tels que les psychologues ou enseignants.

2.3. UNE TRADUCTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

Nos résultats montrent que la traduction peut être formalisée ou oralisée :

Tableau 54 : Traduction formalisée et oralisée. Source : Auteure

	Traduction formalisée	Traduction oralisée
Quand ?	Expertise individuelle	Expertise collective
Qui ?	Professionnel de terrain	Usager/Famille, Manager et professionnels de terrain
Comment ?	Analytique	Flexible et Modifiable
Logique priorisée	Différenciation de l'expertise disciplinaire / par rôle / par fonction	Démocratique Objectivation des avis subjectifs

2.4. LE « MÉTISSAGE » DES PROFESSIONNELS MÉDICO-SOCIAUX : UN FACTEUR-CLÉ À LA POSTURE DE TRADUCTEUR

Dans l'association, il y a de nombreux traducteurs comme des éducateurs qui disposent d'une culture transversale, des enseignants spécialisés de l'éducation nationale, des chefs de service pluridisciplinaire. Ce sont des acteurs qui par essence, par leur formation et l'objectif poursuivi, représentent eux-mêmes des professionnels « mixtes » ou « métisses » autour du projet personnalisé. En effet, le secteur médico-social contribue au métissage des professions dès lors qu'il « synchronise les approches thérapeutique, pédagogique et éducative » (Terral, 2013). C'est notamment le cas de l'association de par son « ADN » interdisciplinaire.

De plus, ces professionnels sont amenés à travailler au sein d'autres secteurs :

- Le pédopsychiatre qui travaille en tant que praticien hospitalier au sein du secteur sanitaire. Le métissage correspond à l'expérience actuelle.
- Le chef de service qui a travaillé à l'Aide Sociale à l'Enfance. Le métissage correspond à l'expérience antérieure.

Ils disposent d'une « posture professionnelle métissée » (Durual et Perrard, 2012) ou d'une « clinique métissée » (Berton, 2016). Sans compter les multiples « casquettes » des professionnels (réfèrent de l'utilisateur, réfèrent du logiciel de gestion du dossier de l'utilisateur, membre du comité éthique ou d'un groupe de travail interprofessionnel et inter-établissement, ...) qui peuvent aussi contribuer au métissage de leur profession.

Ce métissage découle également de l'appartenance des acteurs à différents mondes sociaux.

2.5. L'ABSENCE DE TRADUCTEUR AU SEIN DES ORGANISATIONS PARTENAIRES

La difficulté réside dans la façon dont le projet personnalisé se déroule. Il faut à la fois un effort de coordination et de traduction pour que tous les acteurs puissent se comprendre. Dès lors que l'association regroupe une grande partie du projet, cela peut relativement aboutir puisque les professionnels-salariés partagent l'objectif. La collaboration se complexifie lorsqu'il faut intégrer une autre institution (Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Éducation Nationale (EN)). Étant donné qu'il manque ce traducteur chez l'organisation externe, la mobilisation peut s'essouffler ou échouer car ils ne comprennent pas ce qui se passe au niveau de l'établissement. Bien qu'il puisse subsister des difficultés à disposer systématiquement de traducteurs au sein de l'association, cela reste relativement moins

difficile que les institutions externes (ASE, EN). De plus, la traduction peut ne pas être évidente car la pluralité des enjeux (financier, sectoriel, institutionnel, disciplinaire) peut ralentir le processus. Toutefois, la prise en charge du handicap représente pour beaucoup un traitement social donc ils sont relativement d'accord pour travailler ensemble. Les projets ne nécessitent pas de fonds comparables aux établissements hospitaliers comme des équipements lourds (scanner...), l'investissement est principalement humain.

3. LE PROJET PERSONNALISÉ EN TANT QU'OBJET-FRONTIÈRE : UNE JONCTION ENTRE LES MONDES ET UN OUTIL D'AIDE À LA TRADUCTION

Nous proposons d'illustrer l'objet-frontière dans le terrain étudié selon les trois registres de Carlile (2002) :

Tableau 55 : L'objet-frontière selon les trois registres de Carlile (2002). Source : Auteure

	Propriétés	Type de compréhension	Gestion des connaissances	Illustration dans le terrain étudié
Registre syntaxique	Transfert de mots, formats et terminologies	Compréhension rapide entre les acteurs par un langage commun <i>Exemples :</i> <i>Espèce (Star et Griesemer, 1989) ;</i> <i>Personne âgée (Grenier, 2004)</i>	Les connaissances sont transmises	Enfant Activité Emploi du temps
Registre sémantique	Apprentissage mutuel	Compréhension progressive par la traduction	Les connaissances sont traduites	Langage propre à chaque monde
Registre pragmatique	Évolution et changement des savoirs, croyances et pratiques	Compréhension active par la transformation	Les connaissances sont transformées	Accompagnement mis en place

D'un point de vue méthodologique, le projet personnalisé est mobilisé comme un processus. Selon ce que l'acteur cherche à faire (retrouver des données, remplir un formulaire...), le projet personnalisé aura plusieurs représentations symboliques : format standard, enveloppe...

Nous proposons de présenter l'ensemble des objet-frontières de la démarche de projet personnalisé au sein de l'association à travers le tableau suivant :

Tableau 56 : L'ensemble des objet-frontières de la démarche PPA. Source : Auteure

Étape de la démarche de PPA	Nom de l'objet-frontière	Type d'objet-frontière (Star et Griesemer, 1989)	Objectif visé
Préparation	Référentiel de l'association (RIO)	Format standard	Langage commun
Concertation	Squelette		Standardisation de la méthode
	SERAFIN-PH (Squelette)		Langage commun
Mise en pratique	Emploi du temps de l'enfant	Enveloppe	Vision concrète du PPA
Toutes les étapes	Bibliothèque numérique regroupant l'ensemble des dossiers des usagers	Répertoire	Transparence de l'information
	Terminologies « PPA » et « enfant »	Idéal-type	Inclusion et « résilience » des mondes

Chaque objet-frontière sera détaillé dans les sous-parties ci-dessous.

➤ **LA PRÉPARATION DU PPA : LE RÉFÉRENTIEL DE L'ASSOCIATION, UN OBJET-FRONTIÈRE DE TYPE « FORMAT STANDARD »**

Nos résultats montrent que le projet est mobilisé comme un objet-frontière en renforçant la participation des acteurs issus de mondes sociaux hétérogènes.

Rappelons que l'objet-frontière peut être abstrait ou concret (Star et Griesemer, 1989). L'étude révèle que le référentiel de l'association (RIO) se trouve mobilisé comme un outil d'aide à la préparation du projet de l'enfant. Le RIO prend la forme d'un objet abstrait de catégorie « format standard » (Star et Griesemer, 1989). Les traducteurs (le garant opérationnel : professionnel de terrain, référent du projet de l'enfant et le garant managérial : manager de proximité) tentent de convaincre les autres professionnels à adopter l'outil. Or, certains managers décident d'écarter volontairement l'outil de l'association aux différents mondes pour privilégier un outil propre à leur établissement.

Lorsqu'ils synthétisent l'ensemble des données issues du référentiel, les garants opérationnels jouent un rôle de traduction opérationnelle. Notre étude contribue à enrichir la théorie autour des objets-frontières et de la traduction en identifiant plus précisément le rôle des traducteurs vis-à-vis des objets. Le RIO concourt à établir une première lecture du diagnostic de la situation de l'enfant en permettant l'intervention de plusieurs mondes sociaux.

➤ **LA CONCERTATION : LE « SQUELETTE » DU PROJET PERSONNALISÉ, UN OBJET-FRONTIÈRE DE TYPE « FORMAT STANDARD »**

Le « squelette » du projet personnalisé permet d'inclure plusieurs mondes. Il peut être mobilisé au sein de lieux différents. Cet objet-frontière mobilise le plus de mondes sociaux durant la démarche de projet (enfant, parent, professionnel de terrain...). Les acteurs accordent de l'importance à ce support de traduction. De plus, il s'agit d'un format standard qui se trouve transportable de lieu en lieu. Ainsi, il contribue à prendre en compte les spécificités locales (types de services/établissement, internat/externat...) de chaque organisation médico-sociale (Star et Griesemer, 1989).

➤ **LA CONCERTATION : LA GRILLE SERAFIN-PH, UN OBJET-FRONTIÈRE DE TYPE « FORMAT STANDARD »**

Nous avons précédemment observé que la grille SERAFIN-PH, intégrée au projet personnalisé, est mobilisée en tant qu'outil de gestion car elle répond à une logique financière. Lorsque le PPA devient convivial, la grille SERAFIN-PH est perçue comme un objet-frontière car elle favorise l'adoption d'un langage commun. Cependant, les répondants ont soulevé une difficulté : cet objet-frontière est souvent perçu comme trop abstrait, ce qui entrave son appropriation.

➤ **LA MISE EN PRATIQUE : L'EMPLOI DU TEMPS DE L'ENFANT, UN OBJET-FRONTIÈRE DE TYPE « ENVELOPPE »**

L'emploi du temps est perçu comme un objet concret car il incarne une feuille de route des activités à venir pour l'enfant. C'est en ce sens qu'il constitue une enveloppe. Les frontières sont communes (plages horaires et jours), mais le contenu diffère (les activités selon les mondes sociaux et l'enfant). Nos résultats montrent que l'emploi du temps peut servir à la fois les intérêts du projet de l'enfant et ceux de l'organisation.

➤ LA BIBLIOTHÈQUE NUMÉRIQUE REGROUPANT LES DOSSIERS DES USAGERS, UN OBJET-FRONTIÈRE DE TYPE « RÉPERTOIRE »

L'ensemble des dossiers des usagers sont regroupés au sein d'une « bibliothèque » numérique. Cette bibliothèque correspond à un objet-frontière de type « répertoire ». Cet objet intervient généralement à toutes les phases de la démarche de PPA : à la fois lors de la préparation, la concertation et la mise en pratique. Ainsi, il se distingue des autres objets par sa transversalité, sans qu'il ne soit identifié exclusivement au sein d'une étape spécifique du projet.

➤ LES TERMINOLOGIES « PPA » ET « ENFANT », DES OBJETS-FRONTIÈRES DE TYPE « IDÉAL-TYPE »

L'expression « projet personnalisé » mise en avant par les recommandations de l'ANESM (2008)¹⁰² a été traduite au sein de l'association par un « Projet Personnalisé d'Accompagnement », un « PPA ». Ainsi, le PPA représente un idéal-type car il permet de représenter l'ensemble des mondes. En effet, les acteurs peuvent y incorporer un projet scolaire, des objectifs d'ordre éducatif, ainsi qu'un volet thérapeutique.

Le second objet-frontière concerne l'expression « enfant ». L'enfant réunit à la fois la vision thérapeutique (le patient), la vision pédagogique (l'élève), la vision éducative et familiale (l'enfant).

Nos résultats montrent que le niveau d'abstraction varie selon l'objet-frontière (la grille SERAFIN-PH apparaît plus abstraite que le référentiel RIO). De plus, ils soulignent qu'il y a un besoin plus important de traduction lorsque le projet de l'enfant apparaît abstrait plutôt que concret.

➤ CONCLUSION : LE PPA, UN OBJET-FRONTIÈRE

Nous avons cherché à recueillir le point de vue des acteurs afin de mieux comprendre le rôle du projet personnalisé et s'il peut jouer un rôle d'objet-frontière face à la nécessité de décloisonner les mondes. L'utilisation du même outil crée du sens pour les acteurs car ils expriment leur propre perception de l'environnement en remplissant un outil commun. Les résultats attendus, c'est-à-dire de formuler des

¹⁰² *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. (2008). Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Site consulté le 11 février 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835163/fr/les-attentes-de-la-personne-et-le-projet-personnalise

objectifs dont l'intérêt repose sur la prise en compte des environnements, sont partagés par les groupes hétérogènes d'acteurs. La méthode pour y parvenir ne demeure pas pour autant standardisée dans l'ensemble des structures de l'association. Elle peut varier selon les jeux de délégation entre les pilotes et garants du projet (réfèrent, manager de proximité). Dans notre cas, il s'agit des traducteurs. L'enjeu du projet tend à rassembler les disciplines en réunissant les acteurs y compris l'enfant et sa famille. Certains référents du projet, souvent éducateurs ou infirmiers occupent selon nous un rôle de passeurs de frontière (Routelous, Lapointe et Vedel, 2014).

Ainsi, pour paraphraser Latzko-toth et Millerand (2017), le projet personnalisé servirait de « trait d'union » entre plusieurs univers : pédagogique (enseignants), éducatif (éducateurs), médical ou paramédical (infirmier, psychologue) et celui des non-professionnels du secteur dont les parents qui peuvent apporter leurs connaissances ou souhaits à propos du projet de leur enfant. Les travaux de Boltanski et Thévenot en 1991 sur les mondes vont en ce sens, le projet en tant qu'objet-frontière ou objet inter-monde contribue ici à une communication entre les différents groupes d'acteurs sans les faire disparaître. La dynamique décloisonnée contribue à la « co-construction » du projet de l'utilisateur recommandée par l'ANESM. Les résultats convergent avec ceux d'Albert-Cromarias, Dos Santos et Nautré (2018) lorsqu'ils mettent en évidence que l'objet-frontière devient une « source de création de valeur ». L'environnement créé est propice à l'apprentissage de la coordination (Grenier, 2006), l'écoute et le partage des points de vue. Le projet en tant qu'objet-frontière offre une transparence de l'information aux parties prenantes. C'est pourquoi, ce « support multi point de vue » (Grenier, 2004) concourt à corriger les erreurs humaines en permettant aux acteurs de clarifier leurs points de vue par une nécessité de transparence intrinsèque au projet. Enfin, l'invitation de l'utilisateur à l'élaboration de son projet rend possible d'une part un plus grand investissement de sa part, et d'autre part, la démocratisation et la désinstitutionnalisation de sa prise en charge (Hirlet et Pierre, 2017).

Par l'apprentissage de la coordination (Grenier, 2006) et la nécessité de solliciter l'utilisateur et sa famille, nos résultats rejoignent en partie les travaux de Barrier (2014). L'auteur défend l'idée que « le patient possède une potentialité auto-normative qui le rend susceptible de penser par lui-même sa santé, dans une étroite collaboration avec le médecin. La relation médecin-malade apparaît dès lors comme un enrichissement mutuel ». Nous élargissons cet enrichissement mutuel à une relation plus large : professionnels-enfant-famille.

Nous identifions trois causes dans notre cas qui expliqueraient que le projet personnalisé ait pu jouer un rôle d'objet-frontière. (1) La première témoigne de la volonté politique - *qui s'apparente à un monde* (Nautré, Kononovich, 2014 ; Albert-Cromarias, Dos Santos et Nautré, 2018). Elle invite les acteurs à élaborer, travailler ensemble et privilégier une réponse globale. En effet, même si la loi 2002-2 a pu être influencée par le courant idéologique du NPM en incitant au contrôle et à l'évaluation, les recommandations de l'ANESM incitent les acteurs à agir ensemble. Pour surmonter la complexité des

mondes, la réponse institutionnelle et sa transformation organisationnelle ont pu être déterminées par le projet personnalisé en jouant le rôle d'objet-frontière. (2) L'engagement du monde - *associatif et institutionnel* – représente une seconde cause. Il encourage le décloisonnement entre les mondes. Cela s'illustre par l'« ADN » de l'association, l'interdisciplinarité qui pourra être par la suite, opérée par les organisations médico-sociales. (3) Enfin, l'intérêt suprême de l'utilisateur partagé par tous contribue à un sens commun et incite les acteurs à adhérer à l'objet-frontière. La mise en œuvre demeure néanmoins complexe car certains mondes peuvent difficilement s'approprier le projet de par le langage jugé trop (*usager et sa famille*) ou pas assez (*manager intermédiaire*) technique. Un jeu de traduction *par les traducteurs ou les passeurs de frontière (PF)* pourrait permettre à l'ensemble des mondes de s'en saisir. De plus, le rôle d'objet-frontière et par extension celui des PF, se complexifie davantage lorsque le partenaire institutionnel n'appartient pas à la structure initiatrice du projet (Ex : Aide Sociale à l'Enfance). Contrairement à l'organisation-mère qui est déjà engagée dans un décloisonnement des mondes, l'organisation-partenaire ne dispose pas du même contexte associatif et institutionnel (2). Cependant, le rôle d'objet-frontière pourrait se poursuivre par l'engagement majeur et spécifique des PF lorsqu'au moins la personnalisation de l'accompagnement (1) et l'intérêt de l'utilisateur (3) sont partagés.

4. LES FACTEURS CONTRIBUTIFS ET LIMITANT AU PROJET PERSONNALISÉ EN TANT QU'OBJET-FRONTIÈRE

4.1. L'ASSOCIATION, UN TERRAIN PROPICE À L'ACCUEIL DE L'OBJET-FRONTIÈRE

L'étude se base sur une seule association. Initier une démarche de personnalisation présente davantage d'intérêt dans le cadre d'une organisation commune qu'est l'association, en ayant un objectif commun et partagé. Ce qui n'est pas toujours le cas s'il y a plusieurs associations ou organisations impliquées. Des difficultés peuvent émerger. De plus, il peut y avoir des intérêts divergents : la médicalisation de l'accompagnement, d'autres qui se tournent vers une approche plus sociale, ce qui peut faire diverger l'objectif. Lorsqu'il y a des enjeux territoriaux et financiers, le projet peut aussi ne pas fonctionner.

Il y a l'objectif de l'utilisateur, l'objectif de la méthode, et l'objectif du terrain. Ainsi, le terrain se trouve intéressant à étudier car l'objectif apparaît commun. Lorsqu'un objectif est commun, le projet personnalisé peut alors s'opérer. Les difficultés se posent lorsqu'il n'y a pas d'objectif commun.

Dans le cas de l'association, le projet personnalisé est dématérialisé. Ainsi, comme pour l'outil de gestion, la dématérialisation du PPA facilite-t-elle le rôle de l'objet-frontière ?

Dès lors que le numérique est mobilisé pour valoriser les expertises lors de la concertation et contribuer à une transparence de l'information, il facilite le rôle de l'objet-frontière. En outre, la technologie de l'information peut contribuer à une participation active des parties prenantes (Waelli et Minvielle, 2013).

4.2. LES FACTEURS D'ENGAGEMENT ET FREINS À L'ADOPTION DU PPA EN TANT QU'OBJET-FRONTIÈRE

Nous identifions plusieurs facteurs d'engagement des acteurs. Des freins à l'appropriation de l'objet-frontière émergent également. Nous proposons de les synthétiser à travers le tableau suivant :

Tableau 57 : Synthèse des facteurs et freins à l'engagement du PPA. Source : Auteure

FACTEURS D'ENGAGEMENT DES ACTEURS	FREINS À L'ADOPTION DU PROJET PERSONNALISÉ
Intérêt supérieur de l'utilisateur ⇒ D'une logique de métier vers une logique de socle commun	Vocabulaire perçue trop technique, standardisée et abstrait (logique financière SERAFIN-PH)
Liens de confiance interpersonnelle	Méfiance à l'égard de l'institution ou des individus
Mise à jour du projet pour permettre une dynamique	Absence de suivi
Opérations de traduction	Absence de traduction
Travail interdisciplinaire (Croisement des regards)	Absence de concertation
Mobilisation des traducteurs pour se comprendre	Absence de traducteur

4.3. LE PPA, UN OBJET-FRONTIÈRE LIMITÉ PAR DES EFFETS CONJONCTURELS ET STRUCTURELS

Notre étude montre que le projet personnalisé joue un rôle d'objet-frontière. Pour autant son influence sur la communication et la compréhension des acteurs issus de mondes différents peut être limitée du fait de l'influence d'effets conjoncturels et structurels.

○ **Des effets conjoncturels**

Le premier facteur limitant concerne la dimension conjoncturelle spécifique au champ de la santé. Lors de la mise en place du projet, les organisations médico-sociales ont sollicité les services ou établissements de santé (CMP¹⁰³, CATT¹⁰⁴, Hôpital pédiatrique, Unité d'hospitalisation psychiatrique...). Mais malgré la volonté des professionnels de santé à coopérer avec les acteurs du secteur médico-social, leur implication est parfois réduite à néant. Cela se justifie par les difficultés fonctionnelles que traverse le champ hospitalier (perte d'attractivité financière, pénurie des ressources humaines, épuisement des équipes, burn out), elles ont été révélées en partie par la crise sanitaire du covid-19 (Nobre, 2020 ; Dumez et Minvielle, 2020). Les acteurs des établissements de santé ne peuvent se mobiliser suffisamment pour le projet de l'enfant à cause de la conjoncture défavorable. Cependant, des solutions sont possibles pour remédier à ces effets conjoncturels et feront l'objet de travaux futurs.

○ **Des effets structurels**

A l'inverse, la deuxième limite concerne la structuration de l'organisation médico-sociale. D'une part, les établissements médico-sociaux ont connu une mutation structurelle majeure. Le secteur du handicap compte une forte présence du mouvement associatif¹⁰⁵. Ces associations gestionnaires peuvent désormais être influencées par les méthodes issues des entreprises (Joffre, 2014). La mutualisation des ressources les inscrit dans une stratégie de concurrence et de concentration. Le secteur du handicap qui se décomposait en de multiples petites structures autonomes et souvent indépendantes, aujourd'hui se caractérise par la croissance du nombre d'établissements gérés par une même association. La nouvelle structuration s'accompagne concomitamment par une uniformisation des pratiques (Bartoli et Gozlan, 2014) favorisée par un phénomène de « salarisation » (Cret, Robelet, Jaubert, 2013). Ce Nouveau Management Associatif (pour paraphraser le New Public Management¹⁰⁶) s'approprie largement un modèle entrepreneurial et s'inscrit dans une démarche d'évaluation et de contrôle. Dans ce contexte d'intégration et de centralisation de nouvelles méthodes mais aussi de possible mimétisme organisationnel dans le champ du handicap, le rôle d'objet-frontière du PPA peut devenir une portion congrue face à l'importance donnée à sa fonction d'outil de gestion.

¹⁰³ Centre Médico-Psychologique

¹⁰⁴ Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

¹⁰⁵ En 2015, 87 % du champ du handicap était géré par des établissements appartenant au secteur privé non lucratif, 12 % par le secteur public et moins de 1 % par le secteur privé commercial. (Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2015)

¹⁰⁶ Doctrine ou idéologie qui fait l'objet de critiques dans le champ de la santé et qui se caractérise par l'introduction ou l'influence des outils et méthodes des entreprises privées au sein des organisations publiques (Hood, 1991 ; Osborne et Gaebler, 1992)

D'autres part, le rôle d'objet-frontière du projet de l'enfant dépend aussi des ressources dont dispose la structure d'accueil. Nous rappelons que s'il manque des traducteurs au sein de l'organisation-mère, cela peut créer des situations d'acomunication lors de la mise en route du projet. C'est pourquoi, il faut prévoir dès le démarrage du projet des traducteurs (Dervaux, Pichault, et Renier, 2011).

5. LES TROIS ANGLES MORTS DE L'OBJET-FRONTIÈRE : LA COMMUNICATION, L'INCOMMUNICATION & L'ACOMMUNICATION

Nos résultats montrent que l'objet-frontière ne peut jouer pleinement son rôle que s'il y a une situation d'incommunication entre les acteurs.

L'association représente un exemple de grande organisation médico-sociale où les acteurs peuvent coopérer autour du projet. Les structures qui composent l'association ne sont pas totalement représentatives de l'ensemble du secteur de la santé. Elles ne permettent pas une exhaustivité des composantes possibles mais présentent une large gamme de situations possibles, notamment par les formes de handicap (autisme, handicap psychique, troubles du comportement), la dimension médico-sociale même si les disciplines (psychologique, médicale, éducative, pédagogique) s'avèrent à la fois disparates, diverses et diversifiées. Le projet s'opère aussi parce que l'association chapeaute et donne le cadre. Le projet n'est pas seulement un outil de gestion, il devient aussi un objet-frontière parce qu'il permet de faire communiquer les acteurs (Latour, 1994). Il devient de fait un outil de communication, également pour l'association. Dès lors, il faut considérer que : « la communication n'est pas un simple transfert d'information, mais le processus fondamental qui construit notre réalité sociale. Il s'agit aussi d'un projet : celui de tenter un regard nouveau » (Rouet, 2018).

Les acteurs peuvent ne pas se comprendre. Cependant, si les acteurs sont toujours prêts à dialoguer, la collaboration peut fonctionner.

Ainsi, nos résultats soulignent que l'objet-frontière peut créer une situation d'incommunication (Huisman, 1985 ; Robert, 2005 ; Lepastier (dir.), 2013 dont Wolton, 2013 ; Wolton, 2014 et 2018 ; Dacheux, 2015 ; Rouet et Oustinoff, 2018). En effet, le focus groupe a conforté le discours de plusieurs répondants (cf. discours du Répondant 43) : la présence de situations d'incommunication. Ainsi, cette dernière représente un nouvel éclairage qu'il nous apparaît intéressant d'investiguer dans de futures recherches.

Pour Dacheux (2015), l'incommunication est considérée comme « *une communication qui débouche sur le sentiment partagé de ne pas arriver à se comprendre (insatisfaction) ou sur la croyance que l'on est parvenu à se comprendre alors qu'il n'en est rien (malentendu)* ». Dans notre étude, la situation d'incommunication peut s'équilibrer si les acteurs arrivent à dialoguer. C'est le cas, par exemple, de

certaines parents (francophones ou non) qui essaient de comprendre, d'échanger et des traducteurs qui tentent de reformuler ou vulgariser le discours technique auprès d'eux. C'est d'autant plus le cas lors de la phase de contractualisation du PPA où il est question de traduire les objectifs proposés pour l'accompagnement de l'enfant, aux parents. Si les acteurs sont persuadés qu'il s'agit d'une méthode globale et collective dans l'intérêt de l'enfant, alors ils pourraient mobiliser les institutions extérieures (EN, ASE). Étant donné que tout le groupe est persuadé de l'intérêt de la démarche même s'il y a des positions tranchées différentes, cela peut aboutir à un consensus. Les résultats convergent avec les travaux de Robert (2005) où l'outil (*le PPA en tant qu'objet-frontière*) ne suffit pas à lui seul pour faire communiquer les acteurs.

S'il y a un manque de traducteurs, la situation peut se traduire non plus par une situation d'incommunication mais par une situation d'acomunication (Dacheux, 2015). Les acteurs ne souhaitent plus dialoguer. Ils refusent de collaborer et de comprendre les points de vue des autres.

En somme, l'objet-frontière peut permettre le décloisonnement et la traduction des mondes. Mais, cette traduction implique une situation d'incommunication.

Le projet personnalisé crée des situations d'incommunications afin d'aboutir à un effort de traduction. L'émergence d'opérations de traduction contribue à rendre l'outil convivial. Les acteurs recherchent un consensus en étant porté par un « esprit de convivialité ». Cette recherche consensuelle peut produire des incommunications voire des conflits mais l'effort de traduction permet de se comprendre et de trouver des compromis.

SECTION 4 - RÉPONSES AUX QUESTIONNEMENTS DE RECHERCHE

Nous avons formulé plusieurs questions de recherches. Il convient alors d'y répondre :

QR1 : Comment le projet personnalisé est-il considéré par les acteurs du champ du handicap ?

Un levier, un outil, une contrainte, un frein pour l'accompagnement ?

- Un levier pour le décloisonnement des mondes sociaux, avec l'enfant comme primo-acteur (objet-frontière)
- Un outil d'accompagnement (objet-frontière)
- Une contrainte si le projet personnalisé soulève du contrôle (outil de gestion dans une perspective du NPM)

QR2 : Quel est le rôle joué par les acteurs institutionnels, managériaux et opérationnels autour du projet personnalisé ?

Les acteurs institutionnels :

- ⇒ ANAP : Évaluation basée sur des indicateurs de résultat (% de projets formalisés)
- ⇒ ARS : Évaluation ponctuelle et identifiée (non globale)

Les acteurs managériaux :

- ⇒ La direction de l'association : Évaluation ponctuelle (support à la complétude des indicateurs de performance ANAP et associatifs, diffusion de questionnaire de satisfaction)
- ⇒ Le directeur d'établissement : Évaluation plus ou moins ponctuelle des projets, complétude des indicateurs ANAP
- ⇒ Le manager de proximité : Suivi de la démarche de projet avec des plusieurs postures (prescription, régulation, contrôle, traduction...)

Les acteurs de terrain :

- ⇒ Le référent du projet de l'enfant (éducateur, infirmier...) : Traduction des différents points de vue, rôle de passeur de frontière
- ⇒ Les acteurs de l'équipe interdisciplinaire : Apport d'une expertise et participation au sein de la démarche de projet selon leurs choix

L'enfant et sa famille / son représentant légal :

- ⇒ L'enfant : Participation relativement active selon ses possibilités (âge...) avec un rôle des traducteurs pour les impliquer
- ⇒ La famille / le représentant légal : Participation relativement active selon leur posture et la relation de confiance avec les professionnels de l'organisation médico-sociale

QR3 : Quelles sont les réponses mises en place par les organisations médico-sociales pour intégrer une visée participative, démocratique, collaborative au projet personnalisé ?

La démarche de projet personnalisé est marquée par une phase de préparation, concertation, contractualisation et mise en pratique. Pour cela, un diagnostic est mené par les professionnels de terrain pour identifier les forces et difficultés de l'enfant. La concertation puis la contractualisation offrent une « voix » à l'utilisateur et sa famille. En ce sens, il s'agit non plus d'un pouvoir entre « experts » professionnels, mais entre acteurs. Le pouvoir devient partagé. De plus, lorsque l'enfant est considéré comme le premier acteur de son projet, il est responsabilisé.

QR4 : Comment une meilleure compréhension du rôle du projet personnalisé peut-elle contribuer à un accompagnement global de l'utilisateur ?

Le décloisonnement des mondes sociaux par le travail interdisciplinaire, la traduction et l'implication des acteurs (externes comme internes) peut contribuer au bien-être de l'enfant et à la prise en compte de la globalité de ses besoins. Une meilleure compréhension du rôle du projet personnalisé permet d'identifier plusieurs enjeux : la convivialité, le décloisonnement des mondes, la traduction. En mobilisant le projet personnalisé comme un objet-frontière, une interface entre les mondes, cela permet à chacun d'être acteur du projet.

SECTION 5 - PRÉCONISATIONS MANAGÉRIALES

La mise en perspective des résultats avec la discussion nous permet d'identifier plusieurs recommandations. Ces préconisations s'adressent principalement aux cadres de direction de services et établissements médico-sociaux (manager de proximité, manager intermédiaire, top manager...).

- **Déployer une méthodologie d'action du PPA**

- ⇒ **Homogénéiser sans standardiser** la méthode, formaliser et diffuser une méthode portée par les traducteurs. L'objectif est de conserver un « esprit de convivialité » (Illich, 1973).
- ⇒ **Sensibiliser les nouveaux salariés sur la méthode utilisée** et le rôle attendu des référents (évaluation en amont, échanges avec l'enfant et sa famille en amont de la concertation...).

- **Associer les acteurs en interne**

- ⇒ Dans la mesure du possible, **solliciter l'utilisateur comme primo-acteur** sur ses souhaits et besoins. Si cela s'avère difficile, s'appuyer sur les souhaits de la famille. Dans le cas où la famille ne serait pas francophone, s'aider d'un proche aidant ou d'un traducteur externe pour que la famille s'approprie le projet.
- ⇒ **Former les acteurs** pour comprendre l'intérêt du projet personnalisé, se familiariser aux outils et proposer une mise en pratique efficiente.
- ⇒ **Sensibiliser les traducteurs au rôle de traduction** pour dépasser la complexité de l'accompagnement.

- **Valoriser les expertises externes**

- ⇒ **Solliciter les acteurs y compris ceux qui sont externes à la concertation.**
- ⇒ **Faire participer d'autres acteurs internes** tels que les fonctions suivantes : maître(sse) de maison, chauffeur, etc. - soit élargir à plus de professionnels accompagnants que ceux habituellement mobilisés lors de la concertation afin de recueillir l'ensemble des points de vue autour de la situation de l'enfant.
- ⇒ Pour que les acteurs se saisissent du projet, nous suggérons de **transformer l'institution et l'association comme infrastructure-frontière** (Modolo, PetitJean et Côme, 2020). En d'autres termes, ne pas se limiter au projet personnalisé pour décloisonner les expertises (Ex : le psychologue qui accompagne l'enfant sur un temps éducatif) et se saisir d'autres objets pour favoriser le dialogue entre les mondes. Cette dynamique s'accompagne d'une logique de convivialité.

SYNTHÈSE DU CHAPITRE

Notre cas présentait trois objectifs (cf. Chapitre 3, figure 23) :

- Analyse de l'intérêt du projet personnalisé pour l'enfant en situation de handicap ;

Le décloisonnement des mondes permet une objectivation de la situation de l'enfant. Il contribue à proposer un accompagnement global. De plus, le projet personnalisé peut également renforcer la participation de l'enfant lorsqu'il tend à prendre en compte sa « voix ».

- Identification des facteurs internes/externes et qui participent/contribuent au rôle du projet ;

Les facteurs internes correspondent à la présence de traducteurs au sein de l'association ainsi que de professionnels « métissés ». Les facteurs externes mettent en lumière des difficultés qui ne permettent pas au projet de jouer un rôle d'objet-frontière. Il s'agit de l'absence de traducteur auprès des partenaires institutionnels et de façon plus large, la difficulté de ressources humaines suffisantes au sein du champ de la santé.

- Conceptualisation du rôle du projet personnalisé.

Le projet personnalisé joue un rôle d'outil de gestion mais sera transformé en objet-frontière au sein de l'association étudiée, par un esprit de convivialité. Cette convivialité est associée à une sympathie réciproque. Ainsi, le projet personnalisé joue un rôle d'objet-frontière par l'intégration des mondes sociaux selon l'angle d'analyse qui les définissent et par la traduction de ces mondes. Pour faire émerger un effort de traduction, nous identifions une situation d'incommunication entre les acteurs.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La conclusion vise à présenter :

- Les objectifs de notre recherche
- Les principaux résultats
- Les contributions et limites de notre recherche
- Les pistes de recherche
- Les recommandations managériales

LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Le projet personnalisé peut permettre de passer d'une vision cloisonnée et limitée de la santé à une vision globale telle qu'elle est promue par l'Organisation Mondiale de la Santé¹⁰⁷.

En effet, pour surmonter les tensions qui peuvent exister entre les organisations publiques et privées, la santé globale n'est pas limitée à un état général, au traitement des maladies, aux épidémies, aux soins, mais bien à « un état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1948, p.1). Ainsi, cet état nécessite une réponse pertinente des organisations médico-sociales. Le projet personnalisé peut incarner cette réponse.

Si le projet personnalisé apparaît dans l'interprétation de la loi 2002-2 comme un outil d'évaluation et de contrôle (par l'influence du NPM) et que la structuration du système par les ARS et l'ANAP tendent vers une logique de contrôle des organisations médico-sociales, le rôle du projet personnalisé tend davantage vers une logique de participation de l'utilisateur ainsi que des acteurs internes et externes.

L'étude contribue à montrer comment le projet personnalisé est mobilisé en tant que sésame entre les mondes sociaux. La démarche de projet joue un rôle crucial pour les acteurs lorsque leurs mondes, à la fois représentés et avec leurs représentations, ont un intérêt commun, la santé de l'utilisateur. Si la santé peut présenter des intérêts plus ou moins économiques au sein du secteur privé et des intérêts sociaux en matière de carrière dans le secteur public, les acteurs ont toutefois le souci de l'utilisateur – malade – patient. Dans notre étude, cet intérêt commun se traduit par le projet personnalisé, en tant que « passeport » transmis d'un monde à l'autre. En traversant les mondes, le projet personnalisé permet de

¹⁰⁷Site consulté le 17 juillet 2023, à l'adresse <https://www.un.org/fr/global-issues/health>

mobiliser tous les avis, de communiquer avec la famille et ainsi, de faire progresser l'utilisateur. Cela permet de passer d'une vision compartimentée de la santé à une vision globale.

LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les résultats de l'étude sont présentés sous la forme d'un processus.

Avant de présenter la démarche de projet, nous avons précisé les pratiques privilégiées avant la loi 2002-2 ainsi que les changements qui ont eu lieu à la suite de l'arrivée de la loi.

La première phase correspond à la préparation du projet. Elle vise à recueillir les observations des acteurs pour que la situation de l'enfant soit analysée. Le référentiel de l'association tend à servir de support à l'analyse.

La seconde phase correspond à la concertation. Les acteurs se réunissent officiellement pour formaliser le « squelette » du projet personnalisé. Un support avec plusieurs thématiques est fourni par l'association.

La troisième phase reflète la contractualisation. Les acteurs s'accordent pour valider le projet. Cette étape requiert la signature des acteurs et surtout du représentant légal de l'enfant.

La quatrième phase témoigne de la mise en pratique où les acteurs tentent d'opérationnaliser les objectifs déterminés pour l'enfant. Deux supports de l'association sont à disposition : l'emploi de temps de l'enfant et les informations liées à l'enfant qui sont regroupés dans un dossier individuel.

La discussion s'articule autour de trois parties : l'outil de gestion, la convivialité et l'objet-frontière. La première partie met en exergue un premier rôle. Le projet personnalisé joue le rôle d'outil de gestion par l'influence du New Public Management et « par ricochet » du Nouveau Management Associatif. Cela offre une transparence partielle car le projet sert d'indicateur.

La seconde partie tend à montrer que la logique de convivialité défendue et soutenue par l'association rend le projet personnalisé comme un outil convivial. Nous pensons que c'est l'« ADN » de l'association – l'interdisciplinarité – qui a contribué à cette logique conviviale. Nous soulignons que la convivialité va transformer l'outil de gestion en objet-frontière.

La troisième partie met en évidence que le projet personnalisé va jouer un rôle d'objet-frontière auprès des acteurs de terrain. Lorsque le projet intègre les mondes (thérapeutique, pédagogique...), cela conduit à des opérations de traduction, il devient alors un objet-frontière. En effet, le projet devient un sésame et une interface entre les différents mondes. Nous avons également présenté une condition nécessaire de la traduction, c'est-à-dire une incommunication entre les acteurs. Enfin, nous identifions plusieurs facteurs internes ou externes qui peuvent faciliter ou entraver le rôle de l'objet-frontière.

Le projet personnalisé peut donc jouer un rôle d'objet-frontière dès lors qu'il n'est pas compris comme une contrainte, mais plutôt qu'il présente un intérêt. En effet, penser le projet personnalisé comme un outil de contrôle revient à contraindre les acteurs sans leur montrer l'objectif poursuivi du PPA qui est d'apporter une réponse globale à l'utilisateur. Or, pour que le projet continue d'avoir un intérêt pour les acteurs, il faut que son utilisation reste libre. C'est pour cette raison que lorsque le PPA est pensé comme un outil convivial au sens d'Illich (1973), la forme de la contribution apportée par l'acteur reste libre (écrit, réunions...). Sans rejeter en bloc l'outil de gestion, le projet personnalisé peut être représenté comme un outil de gestion dès lors qu'il vise à rendre efficace l'accompagnement de l'utilisateur.

Nous avons souhaité mettre en évidence que le management du projet personnalisé en tant qu'objet-frontière représente une réponse organisationnelle pertinente pour accompagner les enfants en situation de handicap. Malgré ses limites méthodologiques, cette étude présente un intérêt. Elle tend à montrer la possibilité de faire converger les points de vue d'acteurs issus de mondes sociaux différents par le biais du projet personnalisé. En l'état, les outils d'élaboration du projet représentent pour les acteurs des instruments communs, les usages et méthodes sont disparates mais l'objectif s'avère partagé. C'est en ce sens que le projet peut constituer un moyen institutionnel. L'objet-frontière permet dans notre cas la « résilience » des mondes et la prise en considération de l'environnement complexe de l'utilisateur, mais cela ne peut fonctionner que si les acteurs s'en saisissent. Pour cela, l'intérêt suprême de l'enfant impulsé par la logique associative et intégré par les acteurs, prédomine les intérêts de chaque monde. Le rôle de l'objet-frontière favorise alors un socle commun, un dialogue et une dynamique collective entre les acteurs issus de mondes différents. Le décloisonnement des expertises passe par la décentralisation des pouvoirs et la responsabilisation des acteurs de terrain en sollicitant l'ensemble des parties prenantes. Cela semble attribuer au garant et pilote du projet le rôle d'un « homme-orchestre » (Bataille, 2021), au sens où il coordonne la complémentarité des mondes en essayant d'écarter des jeux de domination.

Ainsi, pour nous, l'objet-frontière fait émerger des situations d'incommunication, condition nécessaire à ce que puisse se mettre en place des coopérations inter-mondes pour le plus grand intérêt de l'enfant en situation de handicap mais aussi de tous les partenaires institutionnels et des nombreuses parties prenantes du projet personnalisé.

Le projet personnalisé a été perçu comme un outil de gestion pour les acteurs les plus managériaux ou gestionnaires, en réponse aux nouvelles exigences de la loi 2002-2 et des agences publiques. Dans sa déclinaison, par les professionnels de terrain et de certains managers de proximité, soit les acteurs les plus proches de l'utilisateur, le projet de l'enfant a plutôt été mobilisé comme un objet-frontière. Cette transformation a été rendue possible grâce à la convivialité. En permettant à chacun de conserver une certaine forme de liberté et d'autonomie, et ainsi de ne pas rendre aliénant l'outil, ce dernier a pu intéresser les acteurs.

LES CONTRIBUTIONS ET LIMITES DE LA RECHERCHE

1. LES CONTRIBUTIONS THÉORIQUES

La conceptualisation du rôle du projet personnalisé s'appuie sur trois théories issues du courant de la sociologie pragmatique. Cela permet de comprendre le phénomène global du projet personnalisé : la diversité d'acteurs par les mondes, la compréhension entre les acteurs par la traduction ainsi que la base commune des acteurs par l'objet-frontière.

Cette conceptualisation s'appuie également sur l'influence du New Public Management (Hood, 1991) et de la convivialité (Illich, 1973).

Ainsi, nos contributions théoriques sont les suivantes :

- La définition de nouveaux mondes sociaux par trois angles d'analyse
- L'enrichissement des caractéristiques du traducteur
- L'apport de la convivialité et de la sympathie réciproque pour transformer l'outil de gestion en objet-frontière
- La partie « invisible » de l'objet-frontière et de la traduction : l'incommunication et l'acommunication

2. LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

La principale limite méthodologique réside dans le choix de mener une étude de cas unique. En effet, notre étude s'est concentrée sur le rôle du projet personnalisé au sein d'une seule association-gestionnaire du handicap. Bien que nous nous soyons efforcés d'inclure une diversité d'acteurs, de services et d'établissements afin de garantir une représentation des réponses possibles, la question de la transférabilité des résultats à d'autres associations peut se poser.

De plus, l'étude de cas unique peut accroître la subjectivité du chercheur. Même si nous avons tenté d'y remédier par le triple codage, la triangulation et des périodes de retrait, notre empathie envers les acteurs demeure présente.

Enfin, le contexte spécifique de l'association, caractérisé par son « ADN » interdisciplinaire, constitue une autre limite, car nous n'avons pas pu le comparer avec d'autres contextes similaires.

3. LES APPORTS MÉTHODOLOGIQUES

➤ **LA POSTURE D'ACTEUR-CHERCHEUR : UNE POSTURE COMPRÉHENSIVE, EMPATHIQUE PERMETTANT UN LIEN DE CONFIANCE ET UN ENRICHISSEMENT DE LA CONDUITE DES ENTRETIENS**

La posture d'acteur-chercheur représente une contribution méthodologique significative. A travers notre appartenance au terrain étudié, nous avons pu agir et observer. La posture d'acteur-chercheur nous a facilité l'accès au terrain. Elle nous a permis d'accéder à des données confidentielles et de surcroît, des données inaccessibles à la communauté scientifique. Elle présente un intérêt méthodologique car elle permet au chercheur de se situer « au cœur de l'action ». L'immersion permet d'observer l'environnement organisationnel le plus naturel possible. La posture d'acteur-chercheur contribue à enrichir les échanges lors des entretiens avec les acteurs et à mieux connaître le terrain d'étude. C'est une posture qui se veut compréhensive, au sens où elle vise à comprendre le contexte. Enfin, elle implique de maintenir une relation de confiance qui repose surtout sur la posture d'acteur.

➤ **LA PARTICIPATION D'UNE LARGE GAMME DES PARTIES PRENANTES DU PROJET À L'ÉTUDE**

L'autre apport méthodologique repose sur la participation d'un panel d'acteurs du projet personnalisé, à cette étude. Nous avons souhaité ne pas restreindre le nombre de catégories d'acteur à interroger. Pour comprendre de façon globale le projet personnalisé, cela nécessitait d'interroger un large panel d'acteurs. En effet, l'approche qualitative implique une démarche d'ouverture. Nous avons tenu à ce que la « voix » de l'utilisateur (l'enfant en situation de handicap) et de la famille soit prise en compte. Ce choix d'intégrer le plus de parties prenantes du projet met en jeu la flexibilité du chercheur et sa capacité à traduire. De façon plus large, il nous paraissait primordial d'interroger les principales personnes concernées. Si l'interdisciplinarité est de plus en plus reconnue dans le champ académique et théorique, il apparaît également important d'en tenir compte lors de la collecte de données empiriques.

➤ **LE TRIPLE CODAGE POUR CONFIRMER LES CODES ET LAISSER PLACE À DES ENRICHISSEMENTS**

Le triple codage représente un second apport méthodologique. Si le codage est nécessaire, la littérature évoque peu l'intérêt de faire coder les données par des chercheurs indépendants et comment s'y prendre.

En effet, la littérature s'attarde plus sur le choix du processus de codage que sur les codeurs. Or, le codeur est tout aussi important par sa subjectivité, son champ de recherche... puisqu'il « fait parler les données » (Moscarola, 2018). Dans l'étude, nous avons sollicité deux chercheurs supplémentaires pour le codage. Il s'agissait d'un chercheur spécialisé en management public. Faire confronter les données recueillies à un chercheur expérimenté, c'est permettre une approche ouverte. Nous avons fait appel à un autre chercheur connaissant le secteur médico-social dont ses études portent sur le management de la santé.

L'intérêt était donc double. Le premier intérêt de cette démarche de triple codage permet de recourir à un codage à la fois par l'expérience et la connaissance du codeur. Il permet aussi de conforter la grille de codage et surtout de l'enrichir en laissant place à d'éventuelles surprises. Le second intérêt est le champ de recherche des deux codeurs (management public pour l'un et management de la santé pour l'autre). Le codeur en management public a en tête la littérature du NPM, de l'outil de gestion. Le codeur en management de la santé et connaisseur du secteur médico-social a en tête l'enjeu de la personnalisation de l'accompagnement et de sa complexité. L'autre intérêt du triple codage consiste à décloisonner la méthode d'analyse des données et à rendre compréhensible le support de codage qui prépare à l'analyse.

LES VOIES DE RECHERCHE

Si le secteur médico-social présente de nombreuses pistes de recherche à explorer, ce travail de thèse offre plusieurs voies de recherche :

Au niveau théorique :

- Dès lors que l'incommunication et l'acomunication représentent deux angles morts de l'objet-frontière et de la traduction, il nous apparaît pertinent d'investiguer ce champ.
- Dans un contexte où le sens et de l'humanisation des pratiques des organisations médico-sociales est remise en question par l'influence du NPM (Saboune, 2022), il nous apparaît pertinent d'investiguer l'intérêt de la convivialité au sein des associations du secteur.

Au niveau empirique :

- Une étude de cas enchâssés auprès d'autres associations-gestionnaires du handicap pourrait présenter un intérêt afin d'enrichir, d'infirmer ou confirmer les résultats issus de cette étude de cas unique.

LES RECOMMANDATIONS MANAGÉRIALES

Depuis la loi 2002-2, les services et établissements médico-sociaux concernés (CASF, art. L.312-1 et L.313-1-1) doivent réaliser un projet personnalisé pour les usagers qu'ils accompagnent. Si les 30 000 services et établissements médico-sociaux¹⁰⁸ sont concernés, que pourrions-nous préconiser à ces organisations lorsqu'elles mobilisent le projet personnalisé ?

Si le chercheur en gestion représente un « médecin des organisations » (Husson, 2023)¹⁰⁹, les recommandations visent à améliorer la réponse managériale des structures médico-sociales autour du projet personnalisé et à la rendre pertinente. Ainsi, nous formulons trois principales recommandations managériales :

- Déployer une méthodologie d'action du PPA
- Associer les acteurs en interne
- Valoriser les expertises externes

¹⁰⁸ Site consulté le 3 décembre 2021, à l'adresse <http://www.ars.sante.fr/Accompagnement-medico-social.89767.0.html>

¹⁰⁹ Propos du Professeur Julien Husson issus de son entretien avec le Pr. Jean-Philippe Denis, disponible sur la chaîne Xerfi Canal. Xerfi Canal (Producteur). (2023, février 10). *Le professeur de gestion, médecin des organisations [Julien Husson]*. Site consulté le 28 juillet 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=-U43sccWvEc>

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie, I. (2021). L'évolution des pratiques funéraires religieuses des Parisiens. La fouille du cimetière de l'ancien hôpital médiéval et moderne de la Trinité. *Histoire urbaine*, 60(1), 97-126.
<https://doi.org/10.3917/rhu.060.0099>
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988). A quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement; 2 : Le choix des porte-parole. *Gérer et Comprendre. Annales des Mines*, 11 & 12, 4.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*. Presses des Mines. <https://international.scholarvox.com/catalog/book/88809202>
- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2019). *Chapitre premier. L'approche qualitative: Vol. 3e éd.* (p. 9-32). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives--9782130817154-p-9.htm>
- Albarello, L. (2022). Chapitre 9. Conduite de l'entretien collectif (focus-groupe) et analyse des matériaux qualitatifs. In *Enquêter dans les métiers de l'humain: Vol. 2e éd.* (p. 270-278). Éditions Raison et Passions. <https://doi.org/10.3917/rp.alber.2022.02.0270>
- Albert-Cromarias, A., Dos Santos, C., & Nautré, B. (2018). Quelle réponse stratégique aux paradoxes d'un centre de lutte contre le cancer ? *Revue Française de Gestion*, 44(275), Article 275.
<https://doi.org/10.3166/rfg.2018.00261>
- Albert, M.-N., & Avenier, M.-J. (2011). Légitimation de savoirs élaborés dans une épistémologie constructiviste à partir de l'expérience de praticiens. *Recherches qualitatives*, 30(2), 22.
<https://doi.org/10.7202/1084829ar>
- Alcoléa, A.-M., Baldelli, B., & Gilbert, Y. (2016). Introduction. *Sciences & Actions Sociales*, 4(2), 1-9.
<https://doi.org/10.3917/sas.004.0001>
- Alfandari E. (2004). La loi du 2 janvier 2002 dite de « rénovation de l'action sociale et médico-sociale » : quelle « rénovation » pour quelle « action sociale » ?, *Revue de droit sanitaire et social*, 2002, 765.

- Allard-Poesi, F. (2019). Chapitre 2. Des méthodes qualitatives dans la recherche en management. In *Recherche qualitative en sciences sociales* (p. 25-44). EMS Editions.
<https://www.cairn.info/recherche-qualitative-en-sciences-sociales--9782376871484-page-25.htm>
- Allard-Poesi, F., & Marechal, G. (2014). Chapitre 2. Construction de l'objet de la recherche. In *Méthodes de recherche en management: Vol. 4e éd.* (p. 47-75). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0047>
- Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2005). Rôles et conflits de rôles du responsable projet. *Revue française de gestion*, 154(1), 193-209. <https://doi.org/10.3166/rfg.154.193-209>
- Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2014). Chapitre 1. Fondements épistémologiques de la recherche. In *Méthodes de recherche en management: Vol. 4e éd.* (p. 14-46). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0014>
- Aloia, D. (2015). Le poids de la littérature grise dans le secteur médical (M. Battisti, Trad.). *I2D - Information, données & documents*, 52(1), 50-51. <https://doi.org/10.3917/i2d.151.0050>
- Alphonse-Tilloy, I., & Devienne, E. (2020). Comment favoriser l'adoption de la pratique avancée dans un service de soin hospitalier ? Une approche par la sociologie de la traduction. *Management & Avenir Santé*, 6(1), 15-38. <https://doi.org/10.3917/mavs.006.0015>
- Alvarez, A. G. (2007). La mort de « mobilien », ou l'innovation au risque de la concertation. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, (88), 21-35.
<https://www.annales.org/gc/2007/resumes/juin/02-gc-resum-FR-AN-AL-ES-juin-2007.html>
- Amar, A., & Berthier, L. (2007). *Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites*. 5.
- Andrien, L. (2014). Penser la gestion médico-sociale. Peut-on gérer un établissement social ou médico-social comme une entreprise ? *Revue française de gestion*, 40(243), 127-140.
<https://doi.org/10.3166/rfg.243.127-140>
- Andrien, L. (2019). *Les outils de gestion et la construction du sens de l'action collective : Étude de cas d'un outil d'évaluation des besoins dans des associations de parents de personnes en situation*

- de handicap intellectuel*. [Phdthesis, Université Paris Saclay (COmUE)].
<https://theses.hal.science/tel-02443257>
- Andrien, L. (2022). La notion de besoin. *New Public Management et pensée capacitaire. Vie sociale*, 40(4), 79-94. <https://doi.org/10.3917/vsoc.224.0079>
- Angermuller, J. (2006). Chapitre 10. L'analyse qualitative et quasi qualitative des textes. In *La méthodologie qualitative* (p. 225-236). Armand Colin.
<https://doi.org/10.3917/arco.paill.2006.01.0225>
- Angiulli, F. (2020). Comment un projet d'innovation inter-organisationnel peut aider à construire des représentations communes tout en permettant un maintien des identités professionnelles ? *Projectics / Proyética / Projectique, Hors Série(HS)*, 191-215.
<https://doi.org/10.3917/proj.hs01.0191>
- Anton, P., Grimand, A., Boespflug, M., & Becuwe, A. (2021). Piloter le changement par un projet sur les valeurs managériales : Contribution des espaces de concertation comme instrument de gestion et d'innovation de l'action publique. *Gestion et management public*, 9 / 1(1), 37-57.
<https://doi.org/10.3917/gmp.091.0037>
- Apostolidis, T., Madiot, B., & Dargentas, M. (2008). Pour une démarche de recherche holistique. In *Une approche engagée en psychologie sociale : L'œuvre de Denise Jodelet* (p. 133-143). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.madio.2008.01.0133>
- Artois, P. (2012). La professionnalisation en travail social au risque de la performance. *Empan*, 87(3), 34-38. <https://doi.org/10.3917/empa.087.0034>
- Assante, V. (2004). Évolution législative de 1975 à 2004. Regard critique. *Gérontologie et société*, 27 / 110(3), 75-93. <https://doi.org/10.3917/gs.110.0075>
- Aubert, I., Kletz, F., & Sardas, J.-C. (2022). L'intégration des enjeux de la logique de parcours dans les politiques publiques en santé : Une lecture au prisme des régimes de gouvernementalité. *Gestion et management public*, 10 / 3(3), 11-34. <https://doi.org/10.3917/gmp.103.0011>
- Augustin (saint). (1959). *La Cité de Dieu*, vol. 33 à 37.

- Avec « Hors normes », les « docteurs feelgood » du cinéma français s’emparent avec succès du thème de l’autisme. (2019, octobre 23). *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/culture/article/2019/10/23/les-docteurs-feelgood-du-cinema-francais-s-emparent-avec-succes-du-theme-de-l-autisme_6016551_3246.html
- Avenier, M.-J. (1989). Méthodes de terrain et recherche en management stratégique. *Économies et Sociétés - Série Sciences de Gestion*, 14, 199-218.
- Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : Post-modernisme ou pragmatisme ? *Management & Avenir*, 43(3), 372-391. <https://doi.org/10.3917/mav.043.0372>
- Ayache, M., & Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? *Le Libellio d’Aegis*, 7(2-Eté), 33-46.
- Babeau, A., & Taffin, C. (2014). Introduction. *Revue d’économie financière*, 115(3), 9-24. <https://doi.org/10.3917/ecofi.115.0009>
- Bacache-Beauvallet, M., Bounie, D., & François, A. (2011). Existe-t-il une fracture numérique dans l’usage de l’administration en ligne ? *Revue économique*, 62(2), 215-235. <https://doi.org/10.3917/reco.622.0215>
- Bachelot-Narquin, R. (2010). La santé, un véritable enjeu international. *Revue internationale et stratégique*, 77(1), 19-23. <https://doi.org/10.3917/ris.077.0019>
- Bacqué, M.-F. (2016). Chapitre 4. Les catastrophes collectives au travail. In *Psychotraumatologie du travail* (p. 81-97). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.zawie.2016.01.0081>
- Baille, C. (2015). *The dashboard, a « boundary-object », vector of coherence ? Case of automotive dealerships multi-brands group*. 36ème congrès de l’AFC. <https://shs.hal.science/halshs-01451436>
- Bardin, L. (2013). Chapitre premier. Organisation de l’analyse. In *L’analyse de contenu* (p. 125-133). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-125.htm>

- Baret, C., Minvielle, É., & Nobre, T. (2010). Le rôle des acteurs et des outils de gestion dans les transformations des organisations de santé. *Journal d'économie médicale*, 28(3-4), 99-100. <https://doi.org/10.3917/jgem.103.0099>
- Baribeau, C., & Germain, M. (2010). L'entretien de groupe: Considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49. <https://doi.org/10.7202/1085131ar>
- Baratier, P.-J. (2018). Chapitre 7. Les études de cas. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 126-139). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0126>
- Barrier, P. (2014). *Le patient autonome*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-patient-autonome--9782130621423.htm>
- Barth, I., Bourion, C., Bournois, F., & Persson, S. (2014). Quand la cybernétique et la sociologie de la traduction mettent en évidence la dangerosité sociale inhérente à la protection sociale. État providence ou État dictateur? *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XX(50), 225-261. <https://doi.org/10.3917/rips1.050.0225>
- Bartoli, A., & Blatrix, C. (2015a). 1. Les origines du management public. In *Management dans les organisations publiques: Vol. 4e éd.* (p. 9-34). Dunod. <https://www.cairn.info/management-dans-les-organisations-publiques--9782100707959-p-9.htm>
- Bartoli, A., & Blatrix, C. (2015b). 2. Qu'est-ce que le secteur public? In *Management dans les organisations publiques: Vol. 4e éd.* (p. 35-64). Dunod. <https://www.cairn.info/management-dans-les-organisations-publiques--9782100707959-p-35.htm>
- Bartoli, A., & Chomienne, H. (2021). XXVIII. Michael Barzelay. L'élaboration d'une discipline professionnelle et académique du management public. In *Les grands auteurs en management public* (p. 282-290). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.chate.2021.01.0282>
- Bartoli, A., & Gozlan, G. (2014). Vers de nouvelles formes hybrides de coordination en santé mentale : Entre conformité et innovation. *Management & Avenir*, 68(2), 112-133. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/mav.068.0112>
- Barzelay, M. (2001). *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*. University of California Press.

- Basson, J.-C. (2022). Bernard Marrot, Politique d'organisation du système de santé en France, Paris, L'Harmattan, 2022, 599 pages. *Revue française d'administration publique*, 183(3), 936-944. <https://doi.org/10.3917/rfap.183.0295>
- Bataille, N. (2021). Le « chef d'orchestre » au risque de « l'homme-orchestre ». Les chefs de projet dans l'individualisation paradoxale du travail collectif. *Sociologies pratiques*, 42(1), 21-31. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sopr.042.0021>
- Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J.-M. (2014). Chapitre 9. La collecte des données et la gestion de leurs sources. In *Méthodes de recherche en management: Vol. 4e éd.* (p. 261-296). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0261>
- Bayart D. (2007). De l'étude de cas à l'analyse comparative fondée sur une typologie : le 'typological theorizing', *Le Libellio d'Aegis*, 3(3), 10-14.
- Beaucourt, C. (2011). Le Management des Ressources Humaines dans les Entreprises du Social et de la Santé. *Management & Avenir*, 49(9), 102-113. <https://doi.org/10.3917/mav.049.0102>
- Bellay, J.-Y. (2020). Que font les services sociaux ? *Esprit, Janvier-Février*(1-2), 14-17. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/espri.2001.0014>
- Benamouzig, D., & Besançon, J. (2007). Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques ? Le cas des agences sanitaires. *Horizons stratégiques*, 3(1), 10-24. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/hori.003.0010>
- Benhida, M., Estreguil, H., & Clody, S. (2022). L'accompagnement personnalisé, un projet dynamique et systémique. *Le Journal des psychologues*, 396(4), 20-24. <https://doi.org/10.3917/jdp.396.0020>
- Benzidia, S., Garidi, S., & Husson, J. (2020). Le leadership transformationnel et les technologies de l'information comme facteurs clés dans le partage des connaissances : Étude de cas d'une organisation sanitaire et médico-sociale multisites. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 5-6(5-6), 336-357.
- Bertereau, C., Marbot, E., & Chaudat, P. (2019). Positionnement épistémologique et orientation de la recherche : Un focus sur l'étude des stéréotypes. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 34, 8(1), 51-66. <https://doi.org/10.3917/rimhe.034.0051>

- Berton, J. (2016). L'entre-deux en héritage : Pour une clinique métissée. *VST - Vie sociale et traitements*, 130(2), 147-153. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/vst.130.0147>
- Besnard, D. (2015). Quelle professionnalisation en travail social ? La clinique comme référence incontournable de la rencontre du sujet. *VST - Vie sociale et traitements*, 128(4), 103-108. <https://doi.org/10.3917/vst.128.0103>
- Bezes, P. (2005). Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management. *Informations sociales*, 126(6), 26-37. <https://doi.org/10.3917/inso.126.0026>
- Bilodeau, D. (1992). Mondes pluriels, commune humanité. *Espace Temps*, 26-32. Persée <http://www.persee.fr>.
- Blanc, A., Drucker-Godard, C., & Ehlinger, S. (2014). Chapitre 17. Exploitation des données textuelles. In *Méthodes de recherche en management: Vol. 4e éd.* (p. 551-573). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0551>
- Bloch, M.-A. (2016). Chapitre 9. PFS : Essais de définitions comparées et positionnements. In *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale* (p. 271-294). Dunod. <https://www.cairn.info/concevoir-des-plateformes-de-services--9782100740437-p-271.htm>
- Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2014). De la coordination aux parcours : Un changement de paradigme. In *Coordination et parcours* (p. 113-134). Dunod. <https://www.cairn.info/coordination-et-parcours--9782100702275-p-113.htm>
- Blondeau, S. (2004). Du groupe et de la parole à l'hôpital. *Connexions*, 82(2), 19-48. <https://doi.org/10.3917/cnx.082.0019>
- Boiteau, K., & Baret, C. (2017). 02. La conduite du changement en hôpital psychiatrique : Le rôle des centres de traduction dans la valorisation des innovations lors d'un projet de promotion du bien-être au travail. *Politiques & management public*, 3-4(3-4), 231-246. Cairn.info. <https://doi.org/10.3166/pmp.34.2017.0011>
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification*. NRF Essais - Gallimard.

- Bonescu, M., Ginon, E., Tavilla, V., Biguzzi, C., & Sutan, A. (2023). Représentations de la convivialité : De l'imaginaire social du repas au bien-être alimentaire. *Décisions Marketing*, 109(1), 103-130. <https://doi.org/10.3917/dm.109.0103>
- Bossuet, J.B. (1967). Politique tirée des propres paroles de l'Écriture sainte, Genève, Droz (première édition : 1709).
- Bouckaert, G., & Halligan, J. (2008). Comparing Performance across Public Sectors. In W. Van Dooren & S. Van de Walle (Éds.), *Performance Information in the Public Sector : How it is Used* (p. 72-93). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1007/978-1-137-10541-7_6
- Boudinet, M. (2021). Sortir d'ESAT ? Les travailleur·ses handicapé·e·s en milieu protégé face à l'insertion en milieu ordinaire de travail. *Formation emploi*, 154(2), 137-156. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.9294>
- Boudreault, L., & Olleros, F. X. (2019). Chapitre 14. Cadre d'analyse de l'infrastructure-frontière d'un projet d'innovation numérique pour engager des patients dans la gestion de leur santé. In *Supply Chain Management de la santé* (p. 250-267). EMS Editions; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ems.bent.2019.01.0250>
- Bouille, J., Robert-Demontrond, P., & Rémy, É. (2015). IX. Boltanski et Thévenot et la pensée de l'acteur critique. In *Regards croisés sur la consommation* (p. 209-238). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.remye.2015.01.0209>
- Boukelal, A. (2020). L'exercice de la référence de projet d'accompagnement en ESSMS. Fonctions du référent et modes d'organisation et de conduite de projet en équipe. *Les Cahiers de l'Actif*, 528-529(5-6), 137-172. <https://doi.org/10.3917/caac.528.0137>
- Bounazef, D., Salaouatchi, H. S., Crutzen, N., & Vancallie, D. (2020). Post-New Public Management : Explorer les liens entre la responsabilisation partagée et le leadership transversal. *Gestion et management public*, 8 / 1(1), 73-87. <https://doi.org/10.3917/gmp.081.0073>
- Bouquet, B. (2009). Du sens de l'évaluation dans le travail social. *Informations sociales*, 152(2), 32-39. <https://doi.org/10.3917/inso.152.0032>

- Bouquet, B. (2012). Chapitre 7. Les NTIC dans l'action sociale : Le pari de l'éthique et de la technologie. In *Éthique et travail social: Vol. 2e éd.* (p. 123-136). Dunod.
<https://www.cairn.info/ethique-et-travail-social--9782100553686-p-123.htm>
- Bouquet, B. (2014). La complexité de la légitimité. *Vie sociale*, 8(4), 13-23.
<https://doi.org/10.3917/vsoc.144.0011>
- Bourcier, D. (1999). Interprétation et abduction. La science du droit est-elle concernée par la sérendipité ? *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 42(1), 125-142.
<https://doi.org/10.3917/riej.042.0125>
- Bourdon, P., Lefer-Sauvage, G., Mercier, C., Teutsch, P., & Lopez-Cazaux, S. (2018). Le rôle de l'imitation dans l'appropriation des outils numériques chez les enfants avec autisme. Étude de l'usage des tablettes tactiles en ULIS – école TED et IME. *Enfance*, 1(1), 147-168.
<https://doi.org/10.3917/enf2.181.0147>
- Bousquet, F., & Ghadi, V. (2017). La participation des usagers aux systèmes de santé : Un tour d'horizon international. *Revue française des affaires sociales*, 1, 116-127.
<https://doi.org/10.3917/rfas.171.0116>
- Boutinet, J.-P. (2002). Projet. In *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 222-230). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0222>
- Brami, G. (2019). L'innovation technologique dans les EHPAD, un processus continu d'intégration technologique dans des structures à forte dimension humaine. *Vie sociale*, 28(4), 145-152.
<https://doi.org/10.3917/vsoc.194.0145>
- Briers, M., & Chua, W. F. (2001). The role of actor-networks and boundary objects in management accounting change : A field study of an implementation of activity-based costing. *Accounting, Organizations and Society*, 26(3), 237-269. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(00\)00029-5](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(00)00029-5)
- Brillat-Savarin, J. A. (1848). *Physiologie du goût*. G. de Gonet.
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1063697>

- Bryon-Portet, C. (2011). Vers une société plus conviviale et solidaire ? Les associations et réseaux fondés sur la proximité géographique à l'ère postmoderne. *Sociétés*, 113(3), 107-118.
<https://doi.org/10.3917/soc.113.0107>
- Bulinge, F. (2014). Chapitre 4. Épistémologie du renseignement. In *Maîtriser l'information stratégique* (p. 79-101). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/maitriser-l-information-strategique--9782804189143-p-79.htm>
- Burgelman, R. A. (1991). Intraorganizational Ecology of Strategy Making and Organizational Adaptation : Theory and Field Research. *Organization Science*, 2(3), 239-262.
- Busson-Villa, F., & Gallopel-Morvan, K. (2012). La normalisation des associations : Quelle efficacité pour rassurer les parties prenantes ? *Management & Avenir*, 54(4), 168-190.
<https://doi.org/10.3917/mav.054.0168>
- Cadin, L., & Pralong, J. (2015). Charge cognitive, confusion des mandats et identités professionnelles : Un modèle de l'attention managériale. *Management & Prospective*, 32(5), 99-119.
<https://doi.org/10.3917/g2000.325.0099>
- Caillol, M., Le Coz, P., Aubry, R., & Bréchat, P.-H. (2010). Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques. *Santé Publique*, 22(6), 625-636.
<https://doi.org/10.3917/spub.106.0625>
- Callon, M. (1986). ÉLÉMENTS POUR UNE SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION: La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 36, 169-208. JSTOR.
- Camberlein, P. (2015). 2. Les définitions du handicap. In *Politiques et dispositifs du handicap en France: Vol. 3e éd.* (p. 4-11). Dunod. <https://www.cairn.info/politiques-et-dispositifs-du-handicap-en-france--9782100710089-p-4.htm>
- Capelier, F. (2015). L'indispensable maîtrise de l'offre sociale et médico-sociale. In *Comprendre la protection de l'enfance* (p. 309-354). Dunod. <https://www.cairn.info/comprendre-la-protection-de-l-enfance--9782100717972-p-309.htm>

- Capul, M. (2007). Enfermement et protection de l'enfance. Quelques points d'histoire. *Empan*, 66(2), 22-25. <https://doi.org/10.3917/empa.066.0022>
- Capul, M., & Pineau, J. (2010). Introduction. In *L'invention de l'enfance inadaptée* (p. 19-27). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.capul.2010.01.0019>
- Caraglio, M. (2019). *Chapitre V. Les établissements du secteur médico-social: Vol. 2e éd.* (p. 87-107). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-eleves-en-situation-de-handicap--9782715401082-p-87.htm>
- Carlile, P. R. (2002). A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries : Boundary Objects in New Product Development. *Organization Science*, 13(4), 442-455.
- Carlile, P. R. (2004). Transferring, Translating, and Transforming : An Integrative Framework for Managing Knowledge across Boundaries. *Organization Science*, 15(5), 555-568.
- Carra, C. (2016). Violences dans le secteur sanitaire et médico-social. Ce que les professionnels disent de ce qu'ils vivent. *Le Sociographe*, 56(4), 25-37. <https://doi.org/10.3917/graph.056.0025>
- Cases, A.-S. (2017). L'e-santé : L'empowerment du patient connecté. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(4-5), 137-158. <https://doi.org/10.3917/jgem.174.0137>
- Cash, R. (2022). Crise de l'hôpital public ou crise du système de soins ? *Les Tribunes de la santé*, 71(1), 47-59. <https://doi.org/10.3917/seve1.071.0047>
- Cassiers, I., & Reman, P. (2007). Ambivalences de l'État-providence. À l'horizon d'un État social actif. *Informations sociales*, 142(6), 18-24. <https://doi.org/10.3917/inso.142.0018>
- Castel, R. (1995). *Les Métamorphoses de la question sociale : Une chronique du salariat*. Fayard.
- Chakor, T. (2020). Expertise et post-expertise en risques psychosociaux au travail. Quelle appropriation suite au départ de l'expert ? *Revue française de gestion*, 287(2), 13-33. <https://doi.org/10.3166/rfg.2020.00416>
- Chamak, B. (2020). L'autisme en période de confinement : La mobilisation des professionnels. *Enfances & Psy*, 88(4), 176-188. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.088.0176>

- Charreire-Petit, S., & Durieux, F. (2014). Chapitre 3. Explorer et tester : Les deux voies de la recherche. In *Méthodes de recherche en management: Vol. 4e éd.* (p. 76-104). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0076>
- Chauvière, M. (1980). *Enfance inadaptée : L'héritage de Vichy*. Les éditions ouvrières.
- Chauvière, M. (2005). Entre promesses, fictions et réalités. *Revue Projet*, 289(6), 28-35.
<https://doi.org/10.3917/pro.289.0028>
- Chauvière, M. (2007). Une nouvelle donne pour l'action sociale. *Revue Projet*, 298(3), 28-35.
<https://doi.org/10.3917/pro.298.0028>
- Chauvière, M. (2008). Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation. *Pensée plurielle*, 17(1), 135-138. <https://doi.org/10.3917/pp.017.0135>
- Chauvière, M. (2010a). Quel est le « social » de la décentralisation ? *Informations sociales*, 162(6), 22-31. <https://doi.org/10.3917/inso.162.0022>
- Chauvière, M. (2010b). *Trop de gestion tue le social: Essai sur une discrète chalandisation*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.chauv.2010.01>
- Chauvière, M. (2013). Esquisse d'une sociologie critique de la nouvelle norme d'évaluation. *Revue française d'administration publique*, 148(4), 953-966. <https://doi.org/10.3917/rfap.148.0953>
- Chauvière, M. (2016). Les associations d'action sociale à la croisée des chemins. *VST - Vie sociale et traitements*, 131(3), 28-36. <https://doi.org/10.3917/vst.131.0028>
- Chavaroche, P. (2012). La pratique du « projet individualisé » dans le champ médico-social. *Spécificités*, 5(1), 37-46. <https://doi.org/10.3917/spec.005.0037>
- Chelini-Pont, B., Dubertrand, R., & Zuber, V. (2019). Représentations et mobilisations des acteurs institutionnels. In *Géopolitique des religions* (p. 13-31). Le Cavalier Bleu.
<https://www.cairn.info/geopolitique-des-religions--9791031803708-p-13.htm>
- Chessel, M.-E., & Nicourd, S. (2009). Les ressorts des modes de gestion des associations. *Entreprises et histoire*, 56(3), 6-10. <https://doi.org/10.3917/eh.056.0006>

- Christensen, T., & Fan, Y. (2018). Le post-nouveau management public : Un nouveau paradigme administratif pour la Chine ? *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 84(2), 401-418. <https://doi.org/10.3917/risa.842.0401>
- Claval, P. (1991). Chapitre 1 - Quelques variations sur le thème : État, contrôle, territoire. In *L'État et les stratégies du territoire* (p. 9-25). CNRS Éditions. <https://doi.org/10.3917/cnrs.thery.1991.01.0009>
- Cliquennois, G., Bellebna, H., & Léonard, T. (2015). Management et système pénal. Présentation du dossier. *Droit et société*, 90(2), 243-252. <https://doi.org/10.3917/drs.090.0243>
- Codello-Guijarro, P., & Béji-Bécheur, A. (2015). Les entreprises sociales et solidaires à l'épreuve des outils de gestion. *Revue française de gestion*, 246(1), 103-109.
- Combes-Joret, M., & Lethielleux, L. (2017). Les associations du secteur social et médico-social. Entre créativité et normalisation. *RECMA*, 344(2), 23-24. <https://doi.org/10.7202/1039579ar>
- Combessie, J.-C. (2007). *II. L'entretien semi-directif: Vol. 5e éd.* (p. 24-32). La Découverte. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>
- Coron, C. (2022). Le digital, un objet-frontière : Un accompagnement difficile ? *@GRH*, 43(2), 13-34.
- Cret, B., & Guilhot, N. (2016). Le secteur du handicap, un marché en construction ? Stratégies concurrentielles et stabilisation du champ (1944-2010). *Revue française des affaires sociales*, 4, 193-223. <https://doi.org/10.3917/rfas.164.0193>
- Cret, B., Robelet, M., & Jaubert, G. (2013). La (dé)construction politique des associations gestionnaires d'établissements. *Terrains & travaux*, 23(2), 39-58. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/tt.023.0039>
- Curchod C. (2007). De l'analyse critique des typologies bricolées, *Le Libellio d'Aegis*, 3(3), 14-18.
- D'Arripe, A. (2015a). La posture du chercheur dans l'observation participante : De la trahison à la culpabilité. *Antropologicas*, 13, 48.
- Dacheux, É. (2015). L'incommunication, sel de la communication. *Hermès, La Revue*, 71(1), 266-271. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/herm.071.0266>

- Danancier, J. (2011). *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif. Rocs, référentiel d'observation des compétences sociales*. Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-projet-individualise-dans-l-accompagnement--9782100540976.htm>
- David, A. (1996). L'aide à la décision entre outils et organisation. *Entreprises et histoire*, 13(3), 9-26. <https://doi.org/10.3917/eh.013.0009>
- De Luca, M. (2020). Actualités de la méthode de l'étude de cas. Proposition d'une méthodologie hypothético-processuelle et traductive pour les recherches référées à la psychanalyse. *L'Évolution Psychiatrique*, 85(1), 33-48. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2019.12.008>
- De Martel, J.-F. (2015). Définitions. In *Réglementation administrative et financière des ESMS* (p. 3-18). Dunod. <https://www.cairn.info/reglementation-administrative-et-financiere-des-es--9782100599851-p-3.htm>
- De Vaujany, F. X. (2006). Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : Vers un dépassement de l'opposition conception-usage. *Management & Avenir*, 9(3), 109-126. <https://doi.org/10.3917/mav.009.0109>
- De Vaujany, F.-X. (2005). *De la conception à l'usage : Vers un management de l'appropriation des outils de gestion*. EMS. <https://basepub.dauphine.psl.eu/handle/123456789/9674>
- Debbasch, C., & Bourdon, J. (2006a). *L'affirmation du principe de la liberté d'association: Vol. 9e éd.* (p. 9-34). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-associations--9782130558057-p-9.htm>
- Debbasch, C., & Bourdon, J. (2006b). *Les structures de l'association: Vol. 9e éd.* (p. 61-67). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-associations--9782130558057-p-61.htm>
- Debesse, M. (1958). L'éducation des enfants inadaptés : Étude historique. *Bulletin de psychologie*, 11(149), 690-697. <https://doi.org/10.3406/bupsy.1958.8922>
- Defaux, S. (2015). Efficacité et Empowerment en protection de l'enfance. *Sciences & Actions Sociales*, 2(2), 156-168. <https://doi.org/10.3917/sas.002.0156>
- Defaux, S., & Levene, T. (2016). La protection de l'enfance : Les résistances face au new public management. *Sciences et actions sociales*, 5, Article 5. <https://journals.openedition.org/sas/1533>

- Defois, G. (1984). Chapitre III. L'Église, acteur social. In M. Saudreau, J.-L. Monneron, P.-A. Liégé, A.-L. Descamps, & H.-M. Legrand (Éds.), *L'Église : Institution et foi* (p. 57-90). Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles. <https://doi.org/10.4000/books.pu1.8837>
- Degeorge, J.-M. (2015). Méthodologie qualitative et processus : Deux frontières de la recherche en entrepreneuriat. *Revue de l'Entrepreneuriat*, 14(1), 7-13. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/entre.141.0007>
- Demailly, L. (2013). Le nouveau management public et les particularités des secteurs d'action publique : Le cas de la santé en France. *Éducation et sociétés*, 32(2), 75-91. <https://doi.org/10.3917/es.032.0075>
- Demailly, L., & Garnoussi, N. (2015). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences & Actions Sociales*, 1(1), 51-72. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0051>
- Demeyère, C. (2023). Construire un paradigme d'action publique post-NPM : Approche ethnographique d'une collaboration gouvernements-associations. *Gestion et management public*, 11 / 1(1), 71-88. <https://doi.org/10.3917/gmp.111.0071>
- Demony, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- Depeyre C. & Dumez, H. (2007). La théorie en sciences sociales et la notion de mécanisme : à propos de Social Mechanisms, *Le Libellio d'Aegis*, 3(2), 21-24.
- Derouette, C. (2021). Chapitre 31. L'accompagnement institutionnel de la personne polyhandicapée en établissement médico-social. In *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 565-579). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0565>
- Dervaux, A., Pichault, F., & Renier, N. (2011). L'apport de la théorie de l'acteur-réseau à la professionnalisation de la GRH en milieu hospitalier. *Journal d'économie médicale*, 29(1-2), 62-73. <https://doi.org/10.3917/jgem.111.0062>

- Deshaies, J.-L. (2014). Chapitre 8. Faire vivre les interactions entre les différents niveaux de projets. In *Stratégies & management* (p. 161-183). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/strategies-et-management--9782810902552-p-161.htm>
- Deville, A. (2021). XXXII. Christopher Hood. La quête du sens des mesures de la performance. In *Les grands auteurs en management public* (p. 320-328). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.chate.2021.01.0320>
- Didier-Courbin, P., & Gilbert, P. (2005). Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : De la loi de 1975 à celle de 2005. *Revue française des affaires sociales*, 2, 207-227. <https://doi.org/10.3917/rfas.052.0207>
- Diebolt, É. (2002). Utile, utilitaire, utilisé... Naissance et expansion du secteur associatif sanitaire et social (1901-2001). *Connexions*, 77(1), 7-24. <https://doi.org/10.3917/cnx.077.0007>
- DIEP. (2021). Atelier 15. DITEP : Sur les Chemins de la prévention. In *Société inclusive et solidaire : Entre ambition et réalité, le DITEP accélérateur de pratiques* (p. 390-413). Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.aire.2021.01.0390>
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- Domingo, H., Eggrickx, A., Naro, G., Cudennec, A., Martinez, E., & Bourret, R. (2015). Le TDABC : un outil d'évaluation de la médiation en santé ? *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33(7-8), 429-443. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jgem.157.0429>
- Drevetton, B., Lande, É., & Portal, M. (2012). Construire un outil de comptabilité de gestion au sein d'une université. Retour sur un acte manqué. *Management & Avenir*, 54(4), 126-144. <https://doi.org/10.3917/mav.054.0126>
- Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (2014). Chapitre 10. Validité et fiabilité de la recherche. In *Méthodes de recherche en management: Vol. 4e éd.* (p. 297-331). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0297>

- Dubost, N. (2014). Culture professionnelle et démarches qualité dans le secteur médico-social français. *Gestion*, 39(4), 185-192. <https://doi.org/10.3917/riges.394.0185>
- Dubruc, N., & Vialette, L. (2019). Le promoteur de parcours inclusif : Coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire. *Management & Avenir Santé*, 5(1), 53-80. <https://doi.org/10.3917/mavs.005.0053>
- Dumez, H. (2010). *Eléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion. Ou que répondre à la question : « quelle est votre posture épistémologique ?* 6(4), 3-16.
- Dumez, H. (2011). Qu'est-ce qu'un concept ?, *Le Libellio d'Aegis*, 7(1), Supplément : 'Les concepts en gestion : création, définition, redéfinition', 67-79.
- Dumez, H. (2013a). *Méthodologie de la recherche qualitative*, Vuibert.
- Dumez, H. (2013b). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 112(2), 29-42. <https://doi.org/10.3917/geco.112.0029>
- Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les questions clés de la démarche compréhensive*. Vuibert.
- Dumez, H. (2021). *Méthodologie de la recherche qualitative : Toutes les questions clés de la démarche*. Vuibert.
- Dumez, H., & Jeunemaitre, A. (2010). The management of organizational boundaries : A case study. *M@n@gement*, 13(3), 152. <https://doi.org/10.3917/mana.133.0152>
- Dumez, H., & Minvielle, E. (2020). *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19* [Report, i3-CRG ; Ecole polytechnique X ; CNRS]. <https://hal.science/hal-03053359>
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. (2006). New Public Management Is Dead—Long Live Digital-Era Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 467-494. <https://doi.org/10.1093/jopart/mui057>
- Duport, M. (2020). Chapitre 13. L'étude de cas. In *Produire du savoir et de l'action* (p. 153-164). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.peret.2020.01.0153>

- Durand, B. (2004). 6. Psychiatrie de l'enfant et enfance inadaptée. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Vol. 2e éd.* (p. 75-87). Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.diatk.2004.01.0075>
- Durand, S., Baret, C., & Krohmer, C. (2018). La sociologie de la traduction comme grille de recherche-intervention : Le cas d'un projet de prévention des risques psychosociaux dans un hôpital public. *RIMHE: Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 30, 7(1), 3-28.
<https://doi.org/10.3917/rimhe.030.0003>
- Durual, A., & Perrard, P. (2012). Pour une posture professionnelle métis-sée. In *Les tisseurs de quotidien* (p. 127-136). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-tisseurs-de-quotidien--9782749215921-p-127.htm>
- Dussuet, A., Nirello, L., & Puissant, E. (2017). De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'Ires*, 91-92(1-2), 185-211. <https://doi.org/10.3917/rkli.091.0185>
- Duvoux, N., & Rodriguez, J. (2016). La pauvreté insaisissable. Enquête(s) sur une notion. *Communications*, 98(1), 7-22. <https://doi.org/10.3917/commu.098.0007>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532-550. <https://doi.org/10.2307/258557>
- El Attar, M., & El Moustafid, S. (2014). Méthodologie de recherche par étude de cas dans les sciences de gestion au Maroc. *Communication au colloque international sur le thème: Recherche en Sciences de Gestion: Contexte, Benchmark et Nouvelles Tendances. ISCAE-Casablanca.*
- Elman, C. (2005). Explanatory Typologies in Qualitative Studies of International Politics. *International Organization*, 59(2), 293-326. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/S0020818305050101>
- Faivre, H. (2006). Du parent « pathogène » au parent partenaire. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 34(2), 23-34. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/nras.034.0023>
- Faure, S. (2010). Maintien de relations modélisées et dissymétriques entre professionnels et parents Pratique du projet individualisé dans un SESSAD. *Vie sociale*, 4(4), 17-29. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/vsoc.104.0017>

- Favre, D., Joly, J., Reynaud, C., & Salvador, L. L. (2005). Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. *Enfance*, 57(4), 363-382. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/enf.574.0363>
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198289029.001.0001>
- Fishman, S. (2008). Chapitre 3. L'accroissement de la criminalité juvénile pendant la guerre. In *La bataille de l'enfance : Délinquance juvénile et justice des mineurs en France pendant la Seconde Guerre mondiale* (p. 109-158). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.3984>
- Flachère, I., Nau, J.-P., & Salesina, M. (2023). L'appropriation des projets personnalisés par les professionnels du secteur médico-social : Une analyse par le prisme des outils de gestion. *Management & Avenir*, 136(4), 37-60. <https://doi.org/10.3917/mav.136.0037>
- Fleury, B., & Hert, P. (2003). Frontières disciplinaires. *Questions de communication*, 3(1), 3-9. Cairn.info. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7311>
- Foucault, M. (1976). Chapitre II. Le grand renfermement. In *Histoire de la folie à l'âge classique* (p. 65-107). Gallimard. <https://www.cairn.info/histoire-de-la-folie-a-l-age-classique--9782070295821-p-65.htm>
- Gacoin, D. (2010). L'action sociale comme secteur et comme projet. In *Conduire des projets en action sociale* (p. 7-30). Dunod. <https://www.cairn.info/conduire-des-projets-en-action-sociale--9782100552351-p-7.htm>
- Gacoin, D. (2016). Ménager le management ou...Manager en ménageant ? *Les Cahiers Dynamiques*, 68(2), 74-84. <https://doi.org/10.3917/lcd.068.0074>
- Gagneux, M. (2016). Santé numérique : L'interopérabilité au service des usages de demain. *I2D - Information, données & documents*, 53(3), 46-47. <https://doi.org/10.3917/i2d.163.0046>
- Gaillard, J.-P. (2022). Que peut, pour les professionnels, une modélisation systémique de la relation d'accompagnement ? *Les Cahiers de l'Actif*, 548-549(1-2), 101-120. <https://doi.org/10.3917/caac.548.0101>

- Garidi, S., & Husson, J. (2021). L'évaluation du projet d'établissement : Informatisation d'une démarche participative. *Pensée plurielle*, 53(1), 76-99. <https://doi.org/10.3917/pp.053.0076>
- Gaudet, R. (2021). V. Le nouveau management associatif. Un rouleau compresseur qui vient de loin. In *Des institutions et des hommes* (p. 171-189). Champ social. <https://www.cairn.info/des-institutions-et-des-hommes--9791034606078-p-171.htm>
- Geadah, R.-R. (2012). Regards sur l'évolution des soins. Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 16-32. <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0016>
- Genard, J.-L., & Roca i Escoda, M. (2019). Chapitre 5. Tensions entre enjeux éthiques et politiques dans l'enquête. In *Éthique de la recherche en sociologie* (p. 107-122). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/ethique-de-la-recherche-en-sociologie--9782807327429-p-107.htm>
- George A.L. & Bennett A.(2005). Case studies and theory development in the social sciences, Cambridge (MA), the M.I.T. Press.
- Georgescu, I., & Ologeanu, R. (2019). Travail réel, travail perçu et mesuré du médecin. Un médecin manager ou un médecin leader ? In *Les médecins ont aussi leurs maux à dire* (p. 87-100). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.maury.2019.01.0087>
- Geremek, B. (1980). *Inutiles au monde : Truands et misérables dans l'Europe moderne, 1350-1600*. impr. Firmin-Didot. <https://bibliotheques.paris.fr/musique/doc/SYRACUSE/301907/inutiles-au-monde-truands-et-miserables-dans-l-europe-moderne-1350-1600>
- Ghaffari, S., Misset, S., Pavis, F., & Ponnet, M. (2013). Généalogies des outils de gestion. Introduction. *Travail et emploi*, 133(1), 5-12. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.5889>
- Girard, É., Terradas, M. M., & Matte-Gagné, C. (2014). Empathie, comportements pro-sociaux et troubles du comportement. *Enfance*, 4(4), 459-480. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/enfl.144.0459>
- Girod-Séville, M., & Perret, V. (1999). Fondements épistémologiques de la recherche. In *Méthodes de recherche en management* (p. 13-33). Dunod.

- Gisel, P. (2012). Statut et place de l'Église, en compréhension interne et face à la société. Regard critique sur le motif de l'Église comme sacrement. *Recherches de Science Religieuse*, 100(3), 403-417. <https://doi.org/10.3917/rsr.117.0403>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company.
- Glaserfeld E. von, (1988). Introduction à un constructivisme radical, in P. Watzlawick (dir.) *L'invention de la réalité*, Paris, Seuil, 19-43. Traduit de Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: P. Watzlawick (ed.) *Die erfundene Wirklichkeit*. Munich, Piper, 16–38.
- Glémain, P. (2017). Penser le convivialisme en économie sociale contemporaine. *RECMA*, 346(4), 27-41. <https://doi.org/10.3917/recma.346.0027>
- Gomez, P.-Y. (2022). XXIV. Ivan Illich. Pour des organisations conviviales. In *Les grands auteurs aux frontières du management* (p. 306-317). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.livia.2022.01.0306>
- Gonnard, G., & Desmet, J. (2014). Itep, dispositif d'avenir. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 67(3), 11-20. <https://doi.org/10.3917/nras.067.0011>
- Gossot, B. (2007). L'éducation spécialisée, expression d'une relation tourmentée entre le secteur médico-social et le milieu scolaire ordinaire. *Contraste*, 27(2), 201-216. <https://doi.org/10.3917/cont.027.0201>
- Granval, D. (2003). La loi 2002-2 est pavée de bonnes intentions, l'enfer aussi ! *Journal du droit des jeunes*, 226(6), 41-46. <https://doi.org/10.3917/jdj.226.0041>
- Grenier, C. (2004). *La construction collective d'un réseau de santé—Le rôle du dossier patient comme Objet Frontière dans le processus de conception*. 13ème conférence de l'AIMS, Vallée de Seine, Normandie. <https://www.strategie-aims.com/conferences/10-xiiieme-conference-de-l-aims/communications/463-la-construction-collective-dun-reseau-de-sante-le-role-du-dossier-patient-comme-objet-frontiere-dans-le-processus-de-conception>
- Grenier, C. (2006). Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels. Le cas d'un réseau. *Gérer et Comprendre*, 83, 25-35.

- Grenier, C., & Pauget, B. (2007). Qu'est-ce que la recherche en management ? *Recherche en soins infirmiers*, 91(4), 12-23. <https://doi.org/10.3917/rsi.091.0012>
- Grimand, A. (2006). Quand le knowledge management redécouvre l'acteur : La dynamique d'appropriation des connaissances en organisation. *Management & Avenir*, 9(3), 141-157. <https://doi.org/10.3917/mav.009.0141>
- Grimand, A. (2012). L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : Le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences. *Management & Avenir*, 54(4), 237-257. <https://doi.org/10.3917/mav.054.0237>
- Grimaud, L. (2009). Pourquoi formaliser en travail social ? Évolution de la supervision d'équipe depuis la loi 2002. *Empan*, 75(3), 134-145. <https://doi.org/10.3917/empa.075.0134>
- Grünig Iribarren, S. (2019). Ivan Illich et la ville conviviale. *Revue du MAUSS*, 54(2), 44-59. <https://doi.org/10.3917/rdm.054.0044>
- Guba E.G., Lincoln Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*, London, Sage
- Guillaume, P. (2007). Coût de l'enfant et politiques sociales. Dans une perspective historique. *Informations sociales*, 137(1), 8-18. <https://doi.org/10.3917/inso.137.0008>
- Guittet, A. (2013). Chapitre 1—Réussir un entretien. In *L'entretien: Vol. 8e ed.* (p. 11-16). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.guitt.2013.01.0011>
- Haberey-Knuessi, V., & Morgan De Paula, E. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 8-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008>
- Halpern, C. (2010). Introduction. In *La Santé* (p. 5-10). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2010.01.0005>
- Hamidi, C. (2012). De quoi un cas est-il le cas ? Penser les cas limites. *Politix*, 100(4), 85-98. <https://doi.org/10.3917/pox.100.0085>
- Hardy, J.-P. (2010). La coopération dans le secteur social et médico-social : Révolution copernicienne ou révolution astronomique. *Vie sociale*, 1(1), 43-57. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0043>

- Hatchuel, A. (2005). 3. Pour une épistémologie de l'action. L'expérience des sciences de gestion. In *Entre connaissance et organisation : L'activité collective* (p. 72-92). La Découverte.
<https://doi.org/10.3917/dec.lorin.2005.01.0072>
- Hatchuel, A., & Weil, B. (1992). *L'expert et le système : Gestion des savoirs et métamorphose des acteurs dans l'entreprise industrielle, suivi de quatre histoires de systèmes-experts*. Economica.
- Hedström P. & Bearman P. (2009). *The Oxford Handbook of Analytical Sociology*, Oxford, Oxford University Press.
- Hedström Peter & Swedberg Richard [ed]. (1998). *Social Mechanisms. An Analytical Approach to Social Theory*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Heichette, S. (2016). Le renouvellement de l'encadrement dans le champ social. Un effet de la nouvelle gestion publique. *Les Cahiers Dynamiques*, 68(2), 40-48. <https://doi.org/10.3917/lcd.068.0040>
- Henrard, J.-C., Arborio, S., Fond-Harmant, L., & Kane, H. (2021). Santé publique : Les réponses aux défis de la pandémie de la COVID-19. *Santé Publique*, 33(6), 785-788.
<https://doi.org/10.3917/spub.216.0785>
- Hervy, M.-P. (2013). Des recommandations de l'anesm sur la qualité de vie en ehpad : Pourquoi ce thème ? *Empan*, 92(4), 126-132. <https://doi.org/10.3917/empa.092.0126>
- Hervy, M.-P., & Dizier, C. (2014). Place et rôle de l'Anesm dans l'évaluation externe. *Psychologues et Psychologies*, 231(1), III-VI. <https://doi.org/10.3917/pep.231.0003b>
- Hirlet, P., & Pierre, T. (2017). Ce que la désinstitutionnalisation de l'intervention sociale fait au travail (du) social ! *Sciences & Actions Sociales*, 7(2), 105-115. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/sas.007.0105>
- Hlady Rispal, M. (2015). Une stratégie de recherche en gestion. L'étude de cas. *Revue française de gestion*, 253(8), 251-266. <https://doi.org/10.3166/RFG.253.251-266>
- Hoarau, C., & Laville, J.-L. (2008). *La gouvernance des associations : Économie, sociologie, gestion*. Érès éd.
- Hobbes, T. (1971). *Leviathan*, Paris, Sirey (traduction et introduction de F. Tricaud de l'édition de 1651).

- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s : Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2), 93-109. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(93\)E0001-W](https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)E0001-W)
<https://www.anales.org/gc/2006/resumes/mars/03-gc-resum-FR-AN-AL-ES-mars-2006.html>
- Hubaud, M. (2002). Une expérience associative dans un système d’échange local. *Connexions*, 77(1), 77-88. <https://doi.org/10.3917/cnx.077.0077>
- Hudson, L. A., & Ozanne, J. L. (1988). Alternative Ways of Seeking Knowledge in Consumer Research. *Journal of Consumer Research*, 14(4), 508-521.
- Hufty, M. (dir.) (1988). *La pensée comptable : État, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*. Graduate Institute Publications. <https://books.openedition.org/iheid/2647>
- Huisman, D. (1985). *L’Incommunication : Essai sur quelques effets pléthoriques abusifs ou pervers de la communication actuelle / Denis Huisman*. J. Vrin. Paris; FR-751131015FR-060886103.
<https://nicea-bmvr.nice.fr/PATRIMOINE/doc/SYRACUSE/3798995/l-incommunication-essai-sur-quelques-effets-plethoriques-abusifs-ou-pervers-de-la-communication-actu>
- Hurstel, F. (2020). Application de la Sociologie de la Traduction comme grille de lecture d’un projet d’implantation d’une offre de santé publique dans les établissements scolaires du territoire du Saulnois. *Projectics / Proyéctica / Projectique, Hors Série(HS)*, 217-243.
<https://doi.org/10.3917/proj.hs01.0217>
- Illich, I. (1973). *La Convivialité*. Points.
- Imbert, G. (2010). L’entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l’anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Introduction : L’organisation du système de santé publique. (2004). *Santé Publique*, 16(4), 645-654.
<https://doi.org/10.3917/spub.044.0645>
- Ispenian, I. (2005). La loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance de droits aux usagers. *Gérontologie et société*, 28 / 115(4), 49-62. <https://doi.org/10.3917/gs.115.0049>

- Jacquillat, B. (2012). Faut-il renforcer l'État-providence ? In *Qui capture l'État ?* (p. 87-89). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.loren.2012.01.0087>
- Jaeger, M. (2011). Les agences régionales de santé, un an après. Dossier. L'impact de la loi HPST sur le secteur social et médico-social. *ADSP Actualité et dossier en santé publique*, 74, 46-48.
- Jaubert, G. (2014). *L'invention de la gouvernance managériale des associations-gestionnaires du secteur du handicap : Une approche sociohistorique de la construction d'un modèle institutionnel* [Thèse de doctorat, Lyon 3]. <https://www.theses.fr/2014LYO30084>
- Joffre, C. (2014). Une organisation d'action sociale et médico-sociale face aux injonctions des pouvoirs publics : Le cas de l'ACSEA de 1982 à 2010. Une approche par l'étude des règles. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(1), 46-62. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jgem.141.0046>
- Jones, R. A. (2000). *Méthodes de recherche en sciences humaines / Russel A. Jones*. De Boeck université. Bruxelles, [Paris]. <https://bibliotheque.tbs-education.fr/Default/doc/SYRACUSE/16728/methodes-de-recherche-en-sciences-humaines-russel-a-jones>
- Jourdy, P. (2010). Management dans le secteur médico-social : Le grand méli-mélo. *Empan*, 78(2), 20-22. <https://doi.org/10.3917/empa.078.0020>
- Kessous, E. (2012). 8—Le modèle des cités. In *L'attention au monde* (p. 151-162). Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-attention-au-monde--9782200280550-p-151.htm>
- Kimble, C., Grenier, C., & Goglio-Primard, K. (2010a). Innovation and knowledge sharing across professional boundaries : Political interplay between boundary objects and brokers. *International Journal of Information Management*, 30(5), 437-444. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2010.02.002>
- Klenk, T., & Reiter, R. (2019). Le post-NMP : Idées de réforme et leur application dans le domaine des services sociaux. Introduction. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 85(1), 5-12. <https://doi.org/10.3917/risa.851.0005>

- Kœnig, G. (1993). Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 9, 4-17
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Kressmann, G. (2018). Risques réels et craintes infondées. *Paysans & société*, 368(2), 44-48. <https://doi.org/10.3917/pes.368.0044>
- Lafarge, F., & Le Clainche, M. (2010). La révision générale des politiques publiques. *Revue française d'administration publique*, 136(4), 751-754. <https://doi.org/10.3917/rfap.136.0751>
- Lafore, R. (2008). Entre pouvoirs publics, associations et marché : L'ingénierie juridique dans l'action sociale. In *Qui gouverne le social ? Vol. 4e éd.* (p. 29-44). Dalloz.
- Lafore, R. (2012). Le « souci de l'utilisateur » et les modes de gestion des établissements sociaux et médico-sociaux. *Revue de droit sanitaire et social*, 3, 466-477.
- Lafore, R. (2016). Action sociale et service public. *Vie sociale*, 14(2), 65-82. <https://doi.org/10.3917/vsoc.162.0065>
- Lafore, R. (2017). L'enfant confié à l'aide sociale à l'enfance—Le renforcement du rôle de l'ASE - Le projet pour l'enfant (PPE). *Journal du droit des jeunes*, 368-369-370(8-9-10), 20-25. <https://doi.org/10.3917/jdj.368.0020>
- Laget, P.-L., & Salaün, F. (2004). Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne. *Les Tribunes de la santé*, 3(2), 19-28. <https://doi.org/10.3917/seve.003.28>
- Lajarge, É., Debiève, H., & Nicollet, Z. (2013). Les principaux acteurs et institutions en santé publique. In *Santé publique* (p. 55-76). Dunod. <https://www.cairn.info/sante-publique-en-douze--9782100585014-p-55.htm>
- Lallé, B. (2004). Production de la connaissance et de l'action en sciences de gestion. Le statut expérimenté de « chercheur-acteur ». *Revue française de gestion*, 158(1), 45-65. <https://doi.org/10.3166/rfg.148.45-65>

- Lancini, A., & Sampieri-Teissier, N. (2012). Contribution des Objets-Frontière (OF) à la Gestion des Connaissances (GC) : Analyse des dépendances dans un bloc opératoire. *Systèmes d'information & management*, 17(4), 9-37. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sim.124.0009>
- Landman, P., & Ribas, D. (2021). Introduction. In *Ce que les psychanalystes apportent aux personnes autistes* (p. 7-22). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.landm.2021.01.0007>
- Lapassade, G. (2002). Observation participante. In *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 375-390). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0375>
- Latouche, S. (2007). La convivialité de la décroissance au carrefour des trois cultures. *Revue du MAUSS*, 29(1), 225-228. <https://doi.org/10.3917/rdm.029.0225>
- Latour, B. (1994). Une sociologie sans objet? Note théorique sur l'interobjectivité. *Sociologie du travail*, 587-607. Persée
- Latour, B. (2005). *La Science En Action. Introduction À La Sociologie Des Sciences*. La Découverte. Paris.
- Latzko-Toth, G., & Millerand, F. (2017). Objet-frontière. In F. Bouchard, P. Doray, & J. Prud'homme (Éds.), *Sciences, technologies et sociétés de A à Z* (p. 163-165). Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/4333>
- Laville, J.-L. (2009). Management et régulation dans les associations. *Connexions*, 91(1), 149-161. <https://doi.org/10.3917/cnx.091.0149>
- Lavoué, J. (2009). Pour une refondation des institutions intermédiaires en action sociale. *Connexions*, 92(2), 61-79. <https://doi.org/10.3917/cnx.092.0061>
- Law, J. (1987). Technology Transfer and Social Engineering. *Social Studies of Science*, 17(3), 564-569. <https://doi.org/10.1177/030631287017003008>
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1-47. <https://doi.org/10.2307/2391211>
- Le Moigne, J.-L. (1990). Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation. In *Epistémologies et sciences de gestion*, Economica.

- Le Moigne, J.-L. (2012). *L'étude de la constitution des connaissances valables: Vol. 4e éd.* (p. 3-12). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-epistemologies-constructivistes--9782130606819-p-3.htm>
- Ledermann, N., & Prouvez, V. (2019). Au-delà de l'évaluation, une vision éthique de la participation. *Le Sociographe*, 68(4), s1-s12. <https://doi.org/10.3917/graph.068.0044>
- Lefèvre, P. (2011). Chapitre 1. Comprendre le secteur social et médico-social. In *Guide du métier de directeur* (p. 15-80). Dunod. <https://www.cairn.info/guide-du-metier-de-directeur--9782100553600-p-15.htm>
- Lefèvre, P., & Mura, Y. (2010). Chapitre 5. La gouvernance associative. In *Promouvoir les ressources humaines en action sociale et médico-sociale* (p. 91-110). Dunod. <https://www.cairn.info/promouvoir-les-ressources-humaines-en-action-sociale--9782100526604-p-91.htm>
- Leigh Star, S. (2010). Ceci n'est pas un objet-frontière ! Réflexions sur l'origine d'un concept. *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 4, 1(1), 18-35. <https://doi.org/10.3917/rac.009.0018>
- Lemaire, C., & Nobre, T. (2014). Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7-8), 431-461. <https://doi.org/10.3917/jgem.147.0431>
- Lemieux, C. (2018). *Introduction* (p. 3-5). La Découverte. <https://www.cairn.info/la-sociologie-pragmatique--9782707173355-p-3.htm>
- Lemoine, M. (2005). D'une démarche professionnelle à une démarche scientifique : Filiation puis autonomie de la recherche sur un terrain familial. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 38(1), 43-59. <https://doi.org/10.3917/lse.381.0043>
- Lenglet, J.-P., Berland, G., & Chaplain, R. (1965). L'enfance inadaptée. *Études Normandes*, 55(179), 1-12. <https://doi.org/10.3406/etnor.1965.3183>
- Lepastier, S. (dir.) (2013). *L'incommunication*. CNRS Éditions. doi :10.4000/books.editions-cnrs.19797
- Lepinet-Najib, V., & Belio, C. (2013). Classification des handicaps : Enjeux et controverses. *Hermès, La Revue*, 66(2), 104-110. <https://doi.org/10.4267/2042/51561>

- Levy, A., & Rival, M. (2010). Des formes d'entrepreneuriat dans les associations ? Le cas des associations du secteur médico-social sous tutelle publique. *Politiques et management public*, Vol 27/3, Article Vol 27/3.
- Lièvre, P. (2004). Vers un savoir d'action en sciences de gestion - le cas des expéditions polaires. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*. (75).
<https://www.annales.org/gc/2004/resumes/mars/01-gc-resum-FR-AN-AL-ES-mars-2004.html>
- Loubat, J.-R. (2012a). Chapitre 6. L'utilité sociale de l'ESMS. In *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale* (p. 155-178). Dunod.
<https://www.cairn.info/elaborer-un-projet-d-etablissement-ou-de-service--9782100575633-p-155.htm>
- Loubat, J.-R. (2012b). Chapitre 9. Accueil et personnalisation. In *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale* (p. 235-266). Dunod.
<https://www.cairn.info/elaborer-un-projet-d-etablissement-ou-de-service--9782100575633-p-235.htm>
- Loubat, J.-R. (2019). Chapitre 1. L'héritage historique. In *Élaborer un projet d'établissement ou de structure en action sociale et médico-sociale* (p. 11-39). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.louba.2019.01.0011>
- Luangsay-Catelin, C., & Roybier-Mtanios, R. (2020). La digitalisation du recrutement post-bac : Ses enjeux et ses limites. Peut-on parler d'innovation ? *Recherches en Sciences de Gestion*, 137(2), 399-424. <https://doi.org/10.3917/resg.137.0399>
- Lux, G. (2015). Adoption et usages des outils de gestion de l'absentéisme : L'importance des jeux d'acteurs et jeux de pouvoir. *Gestion et management public*, 3 / 4(2), 83-106.
<https://doi.org/10.3917/gmp.034.0083>
- Lux, G. (2016). Les représentations de la performance des directeurs d'Établissements et Services Médico-Sociaux. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 21, 5(2), 46-68. <https://doi.org/10.3917/rimhe.021.0046>

- Mair, J., Battilana, J., & Cardenas, J. (2012). Organizing for Society : A Typology of Social Entrepreneurial Models. *Journal of Business Ethics*, 111(3), 353-373.
- Malet, J. (2012). Les associations, acteurs essentiels du secteur sanitaire et social. *Informations sociales*, 172(4), 45-52. <https://doi.org/10.3917/inso.172.0045>
- Marbot, E. (2006). Vers une autre approche de la gestion des fins de carrière ? *Management & Avenir*, 7(1), 199-217. <https://doi.org/10.3917/mav.007.0199>
- Martineau, R. (2006). La légitimité du management public : l'apport de la lecture d'Adam Smith. *Gestion et management public*, 4, 1-13.
- Martineau, R. (2023). *Anatomie des outils de gestion*. Presses des Mines.
- Martinet, A. C., & Pesqueux, Y. (2013). *Epistemologie des sciences de gestion*. Vuibert. <https://univ.scholarvox.com/catalog/book/docid/88816317?searchterm=%C3%A9pist%C3%A9mologie>
- Marty, L. (2021). Chapitre 12. Le focus group. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 197-213). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0197>
- Marzano, M. (2002). 2. Corps, infirmité et médecine. In *Penser le corps* (p. 47-81). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/penser-le-corps--9782130506836-p-47.htm>
- Matyjasik, N., & Guenoun, M. (dir). (2019). *En finir avec le New Public Management*. Institut de la gestion publique et du développement économique. <https://doi.org/10.4000/books.igpde.5756>
- Méric, A. (2016). Lorsque l'institution supposée combattre les maltraitances devient maltraitante ! *Le Sociographe*, 54(2), 65-72. <https://doi.org/10.3917/graph.054.0065>
- Merrien, F.-X. (2007). *L'État-providence dans une perspective historique et conceptuelle: Vol. 3e éd.* (p. 11-29). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-etat-providence--9782130539353-p-11.htm>
- Meyer, M. (2009). Objet-frontière ou Projet-frontière ? Construction, (non-)utilisation et politique d'une banque de données. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3, 1(1), 127-148. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rac.006.0127>

- Mimoun, M. (2020). Hors Normes. *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, 1328, Article 1328.
- Minvielle, É., & Sicotte, C. (2018). La quête de rationalité : Le cas de la standardisation de la prise en charge des malades. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XXIV(58), 69-90. <https://doi.org/10.3917/rips1.058.0069>
- Modolo, L., Petitjean, J.-L., & Côme, T. (2020). L'infrastructure-frontière comme catalyseur de la mise en place d'un système de pilotage du développement durable au sein des collectivités territoriales ? L'exemple de la communauté de communes des Crêtes Pré-Ardenaises. *Gestion et management public*, 8 / 3(3), 11-46. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gmp.083.0011>
- Moison, J.-C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion* (1er édition). Seli arslan.
- Molina, Y. (2014). Nouvelle gestion publique et recomposition professionnelle dans le secteur social. *Pensée plurielle*, 36(2), 55-66. <https://doi.org/10.3917/pp.036.0055>
- Montet, I. (2009). De l'usage du new public management pour démonter le secteur. *L'information psychiatrique*, 85(3), 215-219. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0465>
- Morin, E. (1988). Le défi de la complexité. *Chimères. Revue des schizoanalyses*, 5(1), 1-18. <https://doi.org/10.3406/chime.1988.1060>
- Morinière, A. (2021). *Analyse du rôle des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de tensions et de compromis dans les hôpitaux publics français* [Phdthesis, Université Montpellier]. <https://theses.hal.science/tel-03553270>
- Moscarola, J. (2018). Chapitre 8. Les approches qualitatives classiques. In *Faire parler les données* (p. 166-190). EMS Editions. <https://www.cairn.info/faire-parler-les-donnees--9782376871323-p-166.htm>
- Moschetti, M. (2008). Hôpital lieu de soin, hôpital lieu de vie. *Reliance*, 28(2), 97-101. <https://doi.org/10.3917/reli.028.0097>
- Mourgues, N., Allard-Poesi, F., Amine, A., Charreire-Petit, S., & Le Goff, J. (2002). *Questions de méthodes en sciences de gestion*. EMS Editions.

<https://univ.scholarvox.com/catalog/book/docid/10115696?searchterm=%C3%A9pist%C3%A9mologie%20gestion>

- Murgue, D. (2020). Chapitre 30. Territoires partagés : Qu'en disent les parents ? La coéducation à l'épreuve de la relation parents-professionnels. In *Travailler en MECS: Vol. 2e éd.* (p. 573-585). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.touya.2020.01.0573>
- Musca, G. (2006). Une stratégie de recherche processuelle : L'étude longitudinale de cas enchâssés. *M@n@gement*, 9(3), 153. <https://doi.org/10.3917/mana.093.0153>
- Musselin, C., & Bezes, P. (2015). Chapitre 5 / Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? In *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques ?* (p. 125-152). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2015.01.0125>
- Nautré, B., & Kononovich, K. (2014a). Du féodalisme établissement au pilotage de territoire—Un objet frontière & une innovation: *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 32(1), Article 1. <https://doi.org/10.3917/jgem.141.0025>
- Ndiaye, A. (2021). Régulation des conflits interpersonnels : le rôle de l'objet-frontière. Deux études de cas contrastées du secteur social et médico-social. *@GRH*, 38(1), 135-159. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/grh.211.0135>
- Ngono, B. (2014). Hôpital et hospitalité : Aux fondements d'un lien indissoluble. *Journal International de Bioéthique*, 25(4), 17-28. <https://doi.org/10.3917/jib.254.0017>
- Nobre, T. (2020). *L'hôpital pendant la Covid-19 : Innovations, transformations et résilience. Les leçons des professionnels de santé du Grand Est et d'ailleurs.* EMS Editions; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-hopital-pendant-la-covid-19-innovations--9782376873891.htm>
- Oberholzer, V. (2005). L'enfance inadaptée ou la « part maudite » de l'École vaudoise. *A contrario*, 3(1), 80-106. <https://doi.org/10.3917/aco.031.106>
- Omnès, C. (2015). La réinsertion professionnelle des pensionnés de guerre en France : La loi du 26 avril 1924. Un legs de la première guerre mondiale ? *Revue d'histoire de la protection sociale*, 8(1), 167-181. <https://doi.org/10.3917/rhps.008.0167>

- Orange, G., & Vatteville, É. (2009). Le développement durable : De la rivalité à la convivialité. *Management & Avenir*, 29(9), 191-207. <https://doi.org/10.3917/mav.029.0191>
- Osborne, D., & Gaebler, T. A. (1992). *Reinventing Government : How The Entrepreneurial Spirit Is Transforming The Public Sector* (First Printing édition). Basic Books.
- Palier, B. (2017). CHAPITRE II - La diversité des systèmes de santé: Vol. 8eed. (p. 25-51). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-reforme-des-systemes-de-sante--9782130787068-p-25.htm>
- Pallez, F. (2022). La gestion comme alliée du système de santé. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 148(2), 61-62. <https://doi.org/10.3917/gecol.148.0061>
- Papastamkou, S. (2011). La blessure et la mutilation des combattants dans les affiches françaises de 1914-1918. *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, 103(3), 51-55. <https://doi.org/10.3917/mate.103.0051>
- Paquot, T. (2012). *Vocabulaire illichien* (p. 105-113). La Découverte. <https://www.cairn.info/introduction-a-ivan-illich--9782707174949-p-105.htm>
- Paquot, T. (2021). 11. Villes et territoires au temps du Covid-19. In *Ville et Covid : Un mariage de raisons* (p. 155-167). Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.burge.2021.01.0155>
- Peny, B. (2006). L'accompagnement dans la loi : Entre rupture et continuité. *Contraste*, 24(1), 153-165. <https://doi.org/10.3917/cont.024.0153>
- Pepin, M. (2017). Une étude de cas comme stratégie de recherche pour documenter l'apprentissage à s'entreprendre d'élèves du primaire. *Recherches qualitatives*, 36(1), 135-158.
- Peroz, J.-D. (2021). Chapitre 25. L'utilisateur et ses droits : La loi 2002, 18 ans après. In *Les politiques sociales en France: Vol. 4e éd.* (p. 321-328). Dunod. <https://www.cairn.info/les-politiques-sociales-en-france--9782100824106-p-321.htm>
- PerrautSoliveres, A. (2001). Praticien-chercheur, un nouvel espace de connaissance. In *Infirmières, le savoir de la nuit* (p. 193-286). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/infirmieres-la-savoir-de-la-nuit--9782130522522-p-193.htm>

- Perret, V., & Girod-Séville, M. (2002). *Les critères de validité en sciences des organisations : Les apports du pragmatisme*. <https://basepub.dauphine.psl.eu/handle/123456789/12167>
- Pesqueux, Y. (2021). Chapitre 25. De la fin du New Public Management. In *Les impacts durables de la crise sur le management* (p. 276-285). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.kalik.2021.01.0276>
- Pesqueux, Y. (2022). 5. Épistémologie des sciences de gestion. In *Réfléchir* (p. 222-240). EMS Editions. <https://www.cairn.info/reflechir--9782376874959-p-222.htm>
- Pettigrew A.M. (1985). Contextualist Research: A natural way to link Theory and Practice. In E.E., Lawler (Ed), *Doing Research that is useful in Theory and Practicy*. (p. 222-274). Jossey Bass.
- Phanuel, D., & Renault, S. (2015). Le partage de vision des acteurs : Un enjeu majeur du management de projet. *Management & Avenir*, 75(1), 129-145. <https://doi.org/10.3917/mav.075.0129>
- Piaget, J. (1967). *Logique et connaissance scientifique*. Gallimard.
- Pietri, G. (2007). Eglise et société. Face aux nouveaux défis démocratiques. *Études*, 407(11), 487-497. <https://doi.org/10.3917/etu.075.0487>
- Pinède, N., & Lespinet-Najib, V. (2019). Numérique et situations de handicap : Le projet « Fractures corporelles, Fractures numériques ». *Communication et organisation. Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle*, 56, Article 56. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.8512>
- Piroux, A. (2011). La privatisation de l'éthique administrative. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 22, Article 22.
- Pitaud, P., & Deschamps, R. (2021). Personnes âgées, technologies numériques et rupture du lien social : Risques de l'exclusion ou leurres de l'inclusion ? In *Vieillir dans une société connectée ?* (p. 33-81). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.pitau.2021.02.0033>
- Poinsot, O. (2023). Le New Public Management dans l'action sociale et médico-sociale. *Les Cahiers de l'Actif*, 562-563(3-4), 159-170. <https://doi.org/10.3917/caac.562.0159>

- Prades, J.-L. (2012). Formation en travail social, management et sujet concret. Où sont passées les sciences humaines ? *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13(1), 209-225. <https://doi.org/10.3917/nrp.013.0209>
- Puaud, D. (2012). L'« empathie méthodologique » en travail social. *Pensée plurielle*, 30-31(2-3), 97-110. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pp.030.0097>
- Pupion, P.-C. (2016). L'esprit du NPM et les organisations publiques. *Gestion et management public*, 5 / 1(3), 1-3. <https://doi.org/10.3917/gmp.051.0001>
- Quétel, C. (2012). L'hôpital général. In *Histoire de la folie* (p. 99-130). Tallandier. <https://www.cairn.info/histoire-de-la-folie--9782847349276-p-99.htm>
- Quintin, A. (2019). Des situations complexes. *Pratiques en santé mentale*, 65e année(4), 3-4. <https://doi.org/10.3917/psm.194.0003>
- Ramone-Louis, J., & Buthion, V. (2016). Réduire les disparités de participation au dépistage du cancer colorectal par une organisation à la frontière du dispositif de prévention : Quand analyse de terrain et théorie se rejoignent. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 34(4), 215-238. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jgem.164.0215>
- Rappin, B. (2011). De l'unité ontologique des épistémologies gestionnaires et de ses conséquences. *Management & Avenir*, 43(3), 476-489. <https://doi.org/10.3917/mav.043.0476>
- Renard, L. (2018). Chapitre 3. Le financement des établissements et services. In *Le management en santé* (p. 57-71). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0057>
- Riet, Z. (2023). Relever le défi de l'attractivité pour l'hôpital public. *Les Tribunes de la santé*, 76(2), 77-84. <https://doi.org/10.3917/seve1.076.0077>
- Rihal, H. (2006). La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale évite-t-elle la maltraitance en institution ? *Revue de droit sanitaire et social*, 6, 1000-1007.
- Rinck, S. (2003). Hospitalité : La critique du discours convivial dans l'institution hospitalière. *Quaderni*, 53(1), 103-113. <https://doi.org/10.3406/quad.2003.1601>
- Riveline, C. (1991). De l'urgence en gestion. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*.

- Rizoulières, R. (2016). Confiance dans le numérique en santé. Quelles priorités pour l'action ? *I2D - Information, données & documents*, 53(3), 59-60. <https://doi.org/10.3917/i2d.163.0059>
- Robelet, M. (2017). Les transformations des modes de contrôle croisés entre associations et autorités publiques dans le secteur du handicap. *Revue française d'administration publique*, 163(3), 599-612. <https://doi.org/10.3917/rfap.163.0599>
- Robelet, M., Piovesan, D., Claveranne, J.-P., & Jaubert, G. (2009). Secteur du handicap : Les métamorphoses d'une gestion associative. *Entreprises et histoire*, 56(3), 85-97. <https://doi.org/10.3917/eh.056.0085>
- Robert-Demontrond, P., Beaudouin, V., Bellion, A., Dabadie, I., Schmidt, C., & Sugier, L. (2018). IV. Verbalisations en terre de consommation. In *Ethnographier la consommation* (p. 81-113). EMS Editions. <https://www.cairn.info/ethnographier-la-consommation--9782376871507-p-81.htm>
- Robert, P. (2005). De la communication à l'incommunication ? *Communication & Langages*, 3-18. Persée <http://www.persee.fr>.
- Rocher, S. (2008). De l'implantation à l'appropriation d'un outil de gestion comptable dans le secteur public local : Une approche interactionniste. *Comptabilité Contrôle Audit*, 14(1), 49-67. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cca.141.0049>
- Rolland, C., & Sicot, F. (2012). Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. *Gouvernement et action publique*, VOL. 1(3), 53-75. <https://doi.org/10.3917/gap.123.0053>
- Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche. In *Management des ressources humaines* (p. 101-137). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.rouss.2005.01.0101>
- Romelaer, P., & Adrot, A. (2019). Chapitre 10. Explorer l'invisible. L'essentiel est-il invisible pour les yeux ? In *Recherche qualitative en sciences sociales* (p. 191-206). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.mori.2019.01.0191>
- Romien, P. (2005). À l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées : La prise en charge des invalides de guerre. *Revue française des affaires sociales*, 2, 229-247. <https://doi.org/10.3917/rfas.052.0229>

- Rouet, G. (2018). L'organisation est communication. *Hermès, La Revue*, 80(1), 252-254.
<https://doi.org/10.3917/herm.080.0252>
- Rouet, G., & Oustinoff, M. (2018). *France-Allemagne—Incommunications et convergences*. CNRS éditions.
- Rougemont, H. (2017). Un monde à (re)trouver ? Essai en faveur d'une cité verte. *Pensée plurielle*, 45(2), 31-46. <https://doi.org/10.3917/pp.045.0031>
- Rousseau, J.-J. (1964). *Du contrat social*, Paris, Gallimard, Pléiade (vol. III : Écrits politiques).
- Routelous, C., Lapointe, L., & Vedel, I. (2014). Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7-8), 481-499. <https://doi.org/10.3917/jgem.147.0481>
- Saba Ayon, H. (2016). E-inclusion des personnes en situation de handicap psychique. Faire des traces numériques un environnement commun et participatif? *Les Cahiers du numérique*, 12(1-2), 133-170.
- Saboune, K. (2021). Le faible soutien social des supérieurs hiérarchiques : Un élément perturbateur du contrat psychologique relationnel des salariés opérationnels du secteur médico-social. *Management & Avenir*, 124(4), 37-55. <https://doi.org/10.3917/mav.124.0037>
- Saboune, K. (2022). Managers du social et du médico-social : Entre managérialisation et humanisation. *Les Cahiers de l'Actif*, 558-559(11-12), 65-79.
<https://doi.org/10.3917/caac.558.0065>
- Saboune, K., & Montargot, N. (2017). Clarification et évaluation des termes du contrat psychologique : Le cas d'un établissement médico-social en mutation. *@GRH*, 25(4), 9-34.
<https://doi.org/10.3917/grh.174.0009>
- Saint-Simon, C.-H. de. (1869). *Œuvres*, Paris, E. Dentu.
- Santelmann, P., & Aubret, J. (2005). L'analyse de l'expérience dans les pratiques professionnelles et sociales. *Savoirs*, 8(2), 51-58. <https://doi.org/10.3917/savo.008.0051>
- Saout, C. (2009). La crise de confiance dans le système de santé. *Les Tribunes de la santé*, 22(1), 119-132. <https://doi.org/10.3917/seve.022.0119>

- Savignat, P. (2009). Le travail social aux défis du néolibéralisme. Entre le et la politique. *Le Sociographe*, 30(3), 21-29. <https://doi.org/10.3917/graph.030.0021>
- Schweyer, F.-X., Vezinat, N., & Nous, C. (2022). Penser la santé autrement : Le défi de l'intégration sociale. *Sociologies pratiques*, 45(2), 1-7. <https://doi.org/10.3917/sopr.045.0001>
- Sebai, J., & Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : Confluence et paradoxe. *Santé Publique*, 30(4), 517-526. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.185.0517>
- Sentein, D. (2004). La loi « 2002-2 » : Du management de la rupture au management par la démarche d'amélioration continue. *Empan*, 55(3), 62-72. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/empa.055.0062>
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. (p. vi, 117). University of Illinois Press.
- Smith, A. (1976). *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations*, Paris, Gallimard (extraits traduits et préfacés par G. Maret).
- Smith, A. (2014). *Théorie des sentiments moraux*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/theorie-des-sentiments-moraux--9782130630371.htm>
- Souchier, E. (2020). Relire la méthode d'Ivan Illich. Cheminer vers des sciences « humaines » ? *Communication langages*, 204(2), 49-78.
- Spanou, C. (2003). Abandonner ou renforcer l'état webérien ? *Revue française d'administration publique*, 105-106(1-2), 109-120. <https://doi.org/10.3917/rfap.105.0109>
- Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional Ecology, « Translations » and Boundary Objects : Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, 19(3), 387-420.
- Stiker, H.-J. (1987). Histoire de l'infirmité. *Recherche en soins infirmiers*, 9(2), 11-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.009.0011>
- Stiker, H.-J. (2014). Une perspective en histoire du handicap. *Alter*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2013.11.003>

- Sybord, C. (2016). Big data et conception d'un système d'information d'aide à la décision clinique. Vers une gestion sociocognitive de la responsabilité médicale ? *Les Cahiers du numérique*, 12(1-2), 73-108.
- Taglione, C. (2013). La contractualisation, une question pour et dans le champ de l'intervention éducative, sociale et médico-sociale. In *Contrat et contractualisation dans le champ éducatif, social et médico-social* (p. 7-8). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.tagli.2013.01.0007>
- Talbot, C. (2005). Consilience and Performance in the 'Art of the State'. *Public Policy and Administration*, 20(1), 20-51. <https://doi.org/10.1177/095207670502000103>
- Tchankam, J.-P., Ndoume Essingone, H., & Tchagang, E. (2020). Chapitre 14. Portée et limites de la recherche qualitative. In *Produire du savoir et de l'action* (p. 165-174). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.peret.2020.01.0165>
- Terral, D. (2013). Le médico-social combine le sanitaire et le social. In *Accompagner la personne handicapée à domicile* (p. 35-64). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.terra.2013.01.0035>
- Thietart, R.-A. (2014). *Méthodes de recherche en management Ed. 4*. Dunod. <https://univ.scholarvox.com/catalog/book/docid/88820817?searchterm=%C3%A9pist%C3%A9mologie%20gestion>
- Toffel, K., & Tawfik, A. (2019). Le New Public Management et la redéfinition de l'activité infirmière. De la fabrique des nouvelles élites professionnelles. *Revue française d'administration publique*, 172(4), 1077-1091. <https://doi.org/10.3917/rfap.172.0205>
- Trémintin, J. (2010). L'internationale de la maltraitance. *Journal du droit des jeunes*, 294(4), 34-36. <https://doi.org/10.3917/jdj.294.0034>
- Tricart, J.-P. (1981). Initiative privée et étatisation parallèle. Le secteur dit de l'enfance inadaptée. *Revue française de sociologie*, 575-607. Persée <https://www.persee.fr>.
- Trompette, P., & Vinck, D. (2009). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3, 1(1), 5-27. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rac.006.0005>

- Turrel, D. (2007). Le travail social. Engagement politique ou prestataire d'ordre public. *Empan*, 68(4), 84-89. <https://doi.org/10.3917/empa.068.0084>
- Valsan, N. (2021). S'émanciper. In *Travail social* (p. 159-196). Champ social. <https://www.cairn.info/travail-social--9791034607020-p-159.htm>
- Van Aertryck, G., & Bénard, F. (2018). Devenir éducateur spécialisé, aujourd'hui par la vae. *VST - Vie sociale et traitements*, 138(2), 28-33. <https://doi.org/10.3917/vst.138.0028>
- Van de Portal, M. (2014). Auto-évaluation et management par les compétences. Un dispositif dédié à un positionnement managérial spécifique. *La Revue des Sciences de Gestion*, 265(1), 23-29. <https://doi.org/10.3917/rsg.265.0023>
- Van de Walle, S., & Hammerschmid, G. (2011). *The Impact of the New Public Management : Challenges for Coordination and Cohesion in European Public Sectors (Review Essay)* (SSRN Scholarly Paper 1958168). <https://papers.ssrn.com/abstract=1958168>
- Van Haeperen, B. (2012). Que sont les principes du New Public Management devenus ? Le cas de l'administration régionale wallonne. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LI(2), 83-99. <https://doi.org/10.3917/rpve.512.0083>
- Van Stolk, C., & Wegrich, K. (2008). La convergence sans diffusion ? Analyse comparative du choix des indicateurs de performance dans l'administration fiscale et la sécurité sociale. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 74(4), 621-649. <https://doi.org/10.3917/risa.744.0621>
- Van Wijk, C. G. (2020a). Chapitre 1. Qu'est-ce qu'un projet ? In *Théorie des projets* (p. 17-32). Ellipses. <https://www.cairn.info/theorie-des-projets--9782340036062-p-17.htm>
- Van Wijk, C. G. (2020b). Conclusion. In *Théorie des projets* (p. 117-118). Ellipses. <https://www.cairn.info/theorie-des-projets--9782340036062-p-117.htm>
- Velmuradova, M. (2004). *Épistémologies et Méthodologies de Recherche en Sciences de Gestion. Note de synthèse*. <https://doi.org/10.13140/2.1.2429.2648>
- Veran, L., Pascal, C., & Khalfaoui, M. (2018). Établissements sociaux et médico-sociaux en difficultés : proposition d'identification d'outils d'anticipation des risques financiers et adaptabilité au

- secteur. Une enquête exploratoire illustrée par l'exemple du diagnostic financier. *Management & Prospective*, 35(2), 83-103. <https://doi.org/10.3917/g2000.352.0083>
- Vercauteren, R., Hervy, B., & Schaff, J.-L. (2010). 9. Construire les projets personnalisés. In *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées* (p. 117-134). Érès. <https://www.cairn.info/le-projet-de-vie-personnalise-des-personnes-agees--9782749209302-p-117.htm>
- Verchère, C., & Anjembe, E. (2010). De la difficulté de fabriquer des objets-frontières. Le cas d'un projet de conception exploratoire. *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 4, 1(1), 36-64. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rac.009.0036>
- Verdier, P. (2002). Promotion du droit de la personne dans la famille et les institutions. Lois des 2 janvier 2002, 4 mars 2002, décret du 15 mars 2002. *Journal du droit des jeunes*, 216(6), 9-15. <https://doi.org/10.3917/jdj.216.0009>
- Verhoest, K. (2003). The impact of contractualisation on control and accountability in government-agency relations: The case of Flanders (Belgium). *Paper for the EGPA 2003 workshop 'Contractualisation in the public sector'*, 1-26.
- Verhoest, K., Bouckaert, G., & Peters, B. G. (2007). Les deux faces de la réorganisation: La spécialisation et la coordination dans quatre pays de l'OCDE au cours de la période 1980 – 2005. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 73(3), 357-384. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/risa.733.0357>
- Victorien, S. (2011). Chapitre IV. L'inadaptation des jeunes: À l'origine de la prise en charge. In *Jeunesses malheureuses, jeunesses dangereuses: L'éducation spécialisée en Seine-Maritime depuis 1945* (p. 137-161). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.106527>
- Ville, I., Fillion, E., & Ravaud, J.-F. (2020). Chapitre 1. La longue genèse d'une notion récente. In *Introduction à la sociologie du handicap: Vol. 2e éd.* (p. 33-56). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.ville.2020.01.0033>
- Viltard, T. (2021). Aspects historiques et contextuels de la notion de handicap. In *Le SESSAD* (p. 17-32). Érès. <https://www.cairn.info/le-sessad--9782749271033-p-17.htm>

- Waelli, M., & Minvielle, É. (2013). Facteurs clés pour une personnalisation du service rendu au patient : Élaboration d'un cadre d'analyse. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31(5), 303-316. <https://doi.org/10.3917/jgem.135.0303>
- Weber, R. (2004). Editor's Comments : The Rhetoric of Positivism versus Interpretivism: A Personal View. *MIS Quarterly*, 28(1), iii-xii. <https://doi.org/10.2307/25148621>
- Wenger, E. (2000). Communities of Practice and Social Learning Systems. *Organization*, 7(2), 225-246. <https://doi.org/10.1177/135050840072002>
- Wickberg, S. (2020). La nouvelle gestion publique et la prévention de la corruption : Rupture ou continuité ? *Revue française d'administration publique*, 175(3), 661-676. <https://doi.org/10.3917/rfap.175.0661>
- Winance, M., & Fournier, C. (2023). Chapitre 1. Jalons historiques pour comprendre les enjeux de la recherche qualitative. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 39-61). Armand Colin. <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200631970-p-39.htm>
- Wolton, D. (2013). L'incommunication : horizon de la communication : Entretien avec Samuel Lepastier et Éric Letonturier, le 11 juillet 2013. In Lepastier, S. (Ed.), *L'incommunication*. CNRS Éditions. doi :10.4000/books.editions-cnrs.19857
- Wolton, D. (2014). Incommunication et altérité. Entretien. *Hermès, La Revue*, 68(1), 212-217. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/herm.068.0212>
- Wolton, D. (2018). Communication. *Hermès, La Revue*, 80(1), 103-113. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/herm.080.0103>
- Yin, R. K. (1981). The Case Study as a Serious Research Strategy. *Knowledge*, 3(1), 97-114. <https://doi.org/10.1177/107554708100300106>
- Yin, R. K. (1984). *Case Study Research: Design and Methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. London, Sage.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research*. SAGE Publications.
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. SAGE Publications.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Six formes de handicap présentées par la loi de 2005. Source : Auteure	26
Tableau 2 : Trois principales structures médico-sociales. Source : Auteure.....	35
Tableau 3 : Les types d'association dans l'action sociale adaptées de Lefèvre et Mura (2010).....	41
Tableau 4 : Traduction française des 7 composantes du NPM de Hood (1991). Source : Deville (2021).....	45
Tableau 5 : Traduction française des caractéristiques des systèmes de contrôle et de redevabilité traditionnel et de type NPM de Verhoest (2003). Source : Van Haeperen (2012).....	46
Tableau 6 : Les quatre dimensions du New Public Management adaptées de Hood (1991) ; Ferlie et al. (1996) ; Hufty (dir.) (1998) ; Bezes (2005) ; Pupion (2016) et Cliquennois, Bellebna et Léonard (2015) et Wickber (2020)	47
Tableau 7 : Trois regards sur l'appropriation de l'outil de gestion. Source : De Vaujany (2005).....	59
Tableau 8 : Essai de comparaison des définitions de la commensalité et de la convivialité. Source : Bonescu et al. (2023)	62
Tableau 9 : L'espace figuratif de la convivialité. Source : Bonescu et al., 2023.....	62
Tableau 10 : Typologie de trois outils d'après la lecture d'Illich (1973), p. 44-45. Source : Glémain (2017)	68
Tableau 11 : Critiques des effets du NPM appliqués au secteur médico-social adaptées de Poinsot (2023)	83
Tableau 12 : Synthèse des outils juridiques influencés par le NPM adaptée de Poinsot (2023).....	85
Tableau 13 : Trois types d'usage du projet adaptés des travaux de Boutinet (2002)	92
Tableau 14 : Présentation des mondes de Boltanski et Thévenot (1991) adaptée de Boltanski et Thévenot (1991) ; Kessous (2012) ; Bouille, Robert-Demontrond et Rémy (2015) ; Rougemont (2017)	103
Tableau 15 : Les travaux de la sociologie de la traduction appliqués au champ de la santé adaptés de Dervaux, Pichault et Renier (2011) ; Boiteau et Baret (2017) ; Durand, Baret et Krohmer (2018) ; Chakor (2020) et Hurstel (2020)	109
Tableau 16 : Caractéristiques communes entre l'outil convivial d'Illich (1973) et l'objet-frontière de Star et Griesemer (1989) adaptées de plusieurs travaux (Outil convivial : Illich, 1973 ; Glémain, 2017. Objet-frontière : Star et Griesemer, 1989 ; Trompette et Vinck, 2009 ; Gomez, 2022).....	113

Tableau 17 : Synthèse des quatre catégories d'objet-frontière de Star et Griesemer (1989) adaptée de Star et Griesemer (1989), Briers et Chua (2001), Rocher (2008) et Baille (2015)	120
Tableau 18 : Synthèse des caractéristiques des trois registres de dialogue et de coordination de l'objet-frontière de Carlile (2004) et adaptée de Star et Griesemer (1989) ; Carlile (2004), Grenier (2006) ; Trompette et Vinck (2009) ; Nautré et Kononovich (2014)	124
Tableau 19 : Une identification des rôles des objets-frontières dans le champ de la santé. Source : Auteure	125
Tableau 20 : Synthèse des courants épistémologiques positivistes et non-positivistes. Source : Auteure	133
Tableau 21 : Précisions des termes employés au sein de la problématique. Source : Auteure	138
Tableau 22 : Présentation de notre cas. Source : Auteure	150
Tableau 23 : Dimensions de notre cas. Source : Auteure	154
Tableau 24 : Synthèse des caractéristiques de l'association-gestionnaire étudiée. Source : Auteure	157
Tableau 25 : Outils de collecte des données. Source : Auteure	159
Tableau 26 : Participants au focus groupe à visée exploratoire. Source : Auteure	161
Tableau 27 : Participants au focus groupe à visée confirmatoire. Source : Auteure	162
Tableau 28 : Synthèse des degrés de participation d'un chercheur adaptée de Baumard et al. (2014)	166
Tableau 29 : Notre degré de participation adapté de Baumard et al. (2014). Source : Auteure	168
Tableau 30 : Présentation synthétique de notre collecte de données. Source : Auteure	169
Tableau 31 : Moments d'observation et de participation. Source : Auteure	170
Tableau 32 : Thématiques du guide d'entretien. Source : Auteure	175
Tableau 33 : Rôles attendus des répondants. Source : Auteure	177
Tableau 34 : Échantillon de la recherche. Source : Auteure	178
Tableau 35 : Acteurs externes interrogés. Source : Auteure	179
Tableau 36 : Acteurs interrogés lors de la phase exploratoire. Source : Auteure	179
Tableau 37 : Données secondaires mobilisées. Source : Auteure	182
Tableau 38 : Tableau synthétique de la méthodologie déployée. Source : Auteure	189

Tableau 39 : Attribution de la référence d'un logiciel par fonction support. Source : Auteure	194
Tableau 40 : Émergence de deux approches lors de la dématérialisation du suivi de la situation de l'utilisateur. Source : Auteure	195
Tableau 41 : Tableau de synthèse des éléments de contexte de la démarche du PPA et de son évolution dans le cadre du terrain étudié. Source : Auteure.....	201
Tableau 42 : Outils d'évaluation digitalisés et de l'association. Source : Auteure	203
Tableau 43 : Extrait du Référentiel de l'association adapté par l'auteure.....	204
Tableau 44 : Rôles et objectifs poursuivis du référentiel d'évaluation de l'association tirés des entretiens semi-directifs. Source : Auteure	208
Tableau 45 : Les réponses face à la règle de l'association plus ou moins énoncée, adaptées par l'auteure à partir de la théorie de Lawrence & Lorsch (1967)	212
Tableau 46 : Utilisation temporelle du référentiel de l'association et dynamique individuelle/collective. Source : Auteure	214
Tableau 47 : Intégration du référentiel de l'association selon les situations organisationnelles. Source : Auteure	215
Tableau 48 : 3 Formes de concertation selon l'objectif visé. Source : Auteure.....	218
Tableau 49 : Deux formes de traduction en amont et pendant la concertation. Source : Auteure	222
Tableau 50 : Une traduction quadrilatérale et bidirectionnelle. Source : Auteure	223
Tableau 51 : Tableau de synthèse de la démarche du PPA. Source : Auteure	242
Tableau 52 : le PPA : un outil de gestion ? Source : Auteure.....	244
Tableau 53 : Outil de gestion et objet-frontière. Source : Auteure	248
Tableau 54 : Traduction formalisée et oralisée. Source : Auteure.....	253
Tableau 55 : L'objet-frontière selon les trois registres de Carlile (2002). Source : Auteure	255
Tableau 56 : L'ensemble des objet-frontières de la démarche PPA. Source : Auteure ...	256
Tableau 57 : Synthèse des facteurs et freins à l'engagement du PPA. Source : Auteure	261

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Frise chronologique de la reconnaissance du handicap du XVème au début du XXème siècle. Source : Auteure	18
Figure 2 : Liens entre maladie, déficience, incapacité et désavantage. Source : INSERM (1988).....	25
Figure 3 : Frise chronologique de l'émergence des mouvements associatifs au XXème siècle adaptée de Chauvière (2016)	27
Figure 4 : Les trois secteurs du champ de la santé. Source : Auteure	33
Figure 5 : Évolution du nombre de places dans le champ de l'enfance en situation de handicap. Source : CNSA (2023).....	40
Figure 6 : Outil de gestion et objets de gestion adaptés de De Vaujany (2005).....	57
Figure 7 : Les principales obligations de la loi 2002-2. Source : Auteure	78
Figure 8 : Lois communes aux secteurs social, médico-social et sanitaire. Source : Auteure	86
Figure 9 : « La rose des vents du projet ». Source : Boutinet (2002).....	92
Figure 10 : Les 3 phases du projet adaptées de Van Wijk (2020a).....	93
Figure 11 : Les 4 dimensions du projet personnalisé adaptées des RBPP de l'ANESM (2008).....	99
Figure 12 : Les 6 étapes de la démarche de projet personnalisé adaptées des RBPP de l'ANESM (2008).....	101
Figure 13 : Traduire des mondes. Source : Auteure.....	105
Figure 14 : Synthèse du modèle de processus de la sociologie de la traduction adaptée de Dervaux, Pichault, Renier (2011) ; Durand, Baret et Krohmer (2018) ; Alphonse-Tilloy et Devienne (2020).....	107
Figure 15 : Deux approches de la traduction. Source : Star et Griesemer (1989)	115
Figure 16 : Trois registres de communication, extraits de Carlile (2004, p.558) et traduits par l'auteure	123
Figure 17 : Synthèse des approches théoriques pour conceptualiser le rôle possible du projet personnalisé. Source : Auteure	127
Figure 18 : Courants épistémologiques. Source : Allard-Poesi et Perret (2014).....	131
Figure 19 : Abduction, induction et déduction. Source : Charreire-Petit et Durieux (2014)	141
Figure 20 : Facteurs influençant les données exposées par le chercheur adaptés d'Allard-Poesi (2019).....	143

Figure 21 : Les 4 types de designs de l'étude de cas. Source : Yin (2018)	148
Figure 22 : Design synthétique de notre étude de cas. Source : Auteure.....	148
Figure 23 : Présentation synthétique de notre cas. Source : Auteure	151
Figure 24 : Organigramme des services et établissements de l'association. Source : Auteure	156
Figure 25 : Contexte historique de l'association. Source : Auteure	157
Figure 26 : Modes de recueil de données primaires intégré à notre processus de recherche : une étude en profondeur. Source : Auteure	159
Figure 27 : Synthèse des degrés de participation d'un chercheur adaptée de Baumard et al. (2014)	167
Figure 28 : Trois types de répondants. Source : Auteure.....	176
Figure 29 : Nœuds généraux retenus sur Nvivo 12. Source : Auteure.....	187
Figure 30 : Le PPA, un projet parmi les projets : du nano-projet au méga-projet. Source : Auteure	191
Figure 31 : les acteurs impliqués : de l'accompagné au financeur de l'accompagnement. Source : Auteure	192
Figure 32 : Le « squelette » ou le « socle » du projet personnalisé standardisé et digitalisé pour la concertation. Source : Auteure.....	199
Figure 33 : Nomenclature des besoins SERAFIN-PH. Source : CNSA (2018).....	200
Figure 34 : Concertation, incommunication et traduction. Source : Auteure	219
Figure 35 : Traduction orale et formelle, une démarche cyclique. Source : Auteure.....	221
Figure 36 : Étapes du processus PPA avec l'implication de l'utilisateur. Source : Auteure.....	228
Figure 37 : Postures des managers de l'association lors de la contractualisation du PPA. Source : Auteure	233
Figure 38 : Traduction des objectifs. Source : Auteure	235
Figure 39 : Transformation de l'outil de gestion en objet-frontière. Source : Auteure.....	249
Figure 40 : Le projet personnalisé habité par la coexistence des mondes, selon le statut de l'acteur. Source : Auteure.....	250
Figure 41 : Le projet personnalisé habité par la coexistence des mondes, selon le champ d'expertise de l'acteur. Source : Auteure.....	251
Figure 42 : Le projet personnalisé habité par la coexistence des mondes selon le secteur représenté par l'acteur. Source : Auteure	251

PLAN DÉTAILLÉ

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE	8
LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE	8
L'OBJET DE LA RECHERCHE	12
LA PROBLÉMATIQUE, LES QUESTIONS DE RECHERCHE ET LA MÉTHODOLOGIE	13
STRUCTURE DE LA RECHERCHE	15
CHAPITRE 1 : POUR UNE COMPRÉHENSION DU CHAMP DU HANDICAP ET DE SES PARADIGMES	17
SECTION 1 - CONTEXTE HISTORIQUE DU CHAMP DU HANDICAP EN FRANCE : DE LA REVENDICATION MILITANTE À L'ÉMERGENCE D'UN MANAGEMENT ASSOCIATIF	18
1. <i>Le concept de handicap : de l'émergence d'une pathologie à la construction d'un modèle social vers une officialisation par le législateur</i>	18
1.1. La reconnaissance socio-historique du handicap : d'une logique d'enfermement à une volonté de réinsertion	18
1.1.1. Une première période tournée vers l'infirmité, la folie et « l'enfermement »	18
1.1.2. Une seconde période tournée vers la réinsertion professionnelle.....	20
1.1.3. Une troisième période tournée vers l'enfance inadaptée	21
1.2. La reconnaissance législative et institutionnelle :	23
1.2.1. La prise en charge officielle du handicap.....	23
1.2.2. La définition et la catégorisation des formes de handicap	24
2. <i>L'émergence des mouvements associatifs pour faire reconnaître le handicap : une volonté militante de compenser les réponses étatiques</i>	27
2.1.1. L'association par l'engagement d'individus	27
2.1.2. L'Église, un soutien institutionnel historique des associations.....	28
2.1.3. La période de l'après-guerre, un vecteur de l'action militante	29
2.1.4. L'association, un médiateur entre la société et l'État	29
SECTION 2 - SPÉCIFICITÉS CONTEMPORAINES DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : ENTRE TENDANCE GESTIONNAIRE DU NPM ET « ESPRIT DE CONVIVIALITÉ »	32
1. <i>La sectorisation du champ de la santé</i>	32
1.1. Présentation du secteur médico-social, sanitaire et social : entre frontières poreuses et singularités des structures d'accompagnement	32
1.2. Les missions et la répartition organisationnelle du secteur médico-social.....	36

1.2.1.	La prise en charge de la vieillesse	37
1.2.2.	L'addiction.....	38
1.2.3.	Le champ du handicap	39
2.	<i>L'influence d'une démarche de contrôle et de recherche de résultats : le NPM, vecteur d'une nouvelle gestion associative ?</i>	<i>40</i>
2.1.	Le développement des associations du handicap par une tendance gestionnaire.....	40
2.2.	Le New Public Management, un catalyseur de l'émergence d'un nouveau modèle de gestion ? 42	
2.2.1.	Le management public basé sur un modèle wébérien.....	43
2.2.2.	La naissance historique du NPM : un « tropisme anglo-américain »	44
2.2.3.	Le NPM : les multiples facettes d'une doctrine	47
2.2.4.	Le NPM s'applique-t-il au sein du secteur public français ?.....	48
2.2.5.	Des limites du NPM vers une ère post-NPM ?	49
2.3.	Le NPM s'applique t-il au champ de la santé ? plus que contestée, s'agit-il d'une idéologie inadaptée ?	52
2.3.1.	L'exemple de l'hôpital.....	52
2.3.2.	Une remise en cause de l'Etat-providence	52
2.3.3.	La place singulière de l'utilisateur-consommateur	53
2.3.4.	La « chalandisation »	53
2.4.	L'émergence d'un Nouveau Management Associatif par un effet ricochet du NPM ?.....	54
2.5.	Les outils de gestion, un reflet formel du NPM ?	56
2.5.1.	Approche conceptuelle.....	56
2.5.2.	L'émergence de l'instrumentation dans le médico-social	60
3.	<i>L'association médico-sociale, un environnement symboliquement convivial ?.....</i>	<i>61</i>
3.1.	L'origine de la convivialité par la gastronomie.....	61
3.2.	La convivialité, un concept polysémique et polymorphe.....	63
3.2.1.	Un contexte jugé déshumanisant	63
3.2.2.	De l'asservissement à l'intérêt de la convivialité.....	64
3.2.3.	La convivialité par la spontanéité du don.....	65
3.2.4.	L'outil convivial	66
3.2.5.	L'outil convivial pour conserver sa liberté	67
3.2.6.	L'outil de gestion.....	67
3.3.	L'hôpital, l'ESS et le champ associatif : terreau de la convivialité ?	69

SYNTHÈSE DU CHAPITRE	73
CHAPITRE 2 : LE RÔLE DU PROJET PERSONNALISÉ DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	74
SECTION 1 - LE PROJET PERSONNALISÉ DANS UN CONTEXTE DE PROTECTIONNISME PUBLIC : LE CAS DE LA LOI 2002-2	75
1. <i>La loi 2002-2 : une régulation du champ du handicap par l'émergence de contraintes publics ou une réponse aux préoccupations des acteurs ?</i>	<i>75</i>
1.1. Qu'est-ce que la loi 2002-2 a promu et promis ?	75
1.1.1. Des « signes avant-coureurs » de la loi 2002-2 ?	75
1.1.2. Ce que promeut la loi de façon générale	76
1.1.3. Ce que comporte la loi 2002-2 de manière générale : un ensemble d'injonctions	77
1.2. L'influence du NPM au sein du champ médico-social	79
1.2.1. Le NPM	79
1.2.2. La chalandisation : une « porte ouverte » du NPM ?	80
1.2.3. Une arrivée des instruments de gestion plus « progressive »	81
1.2.4. Les critiques du NPM appliquées au secteur médico-social	82
1.3. Les premiers effets du NPM dans le secteur médico-social par la loi 2002-2 ?	84
1.3.1. Les réformes législatives	84
1.3.2. La nouvelle place de l'utilisateur : un client ou un acteur ?	86
1.3.3. L'introduction d'une culture de l'évaluation ?	87
1.3.4. Un secteur plus marchand et plus technique ?	88
1.4. La loi 2002-2 dans le secteur a-t-elle été acceptée ?	89
1.5. L'ANESM : Un acteur institutionnel qui renforce la légitimité de la logique d'évaluation portée par la loi 2002-2 ?	91
2. <i>La personnalisation de l'accompagnement par le projet</i>	<i>92</i>
2.1. Du projet aux acteurs	92
2.2. Le projet personnalisé dans le secteur médico-social	94
2.2.1. Un projet « sur-mesure » ?	94
2.2.2. Du choix sémantique aux dimensions du projet personnalisé : l'ancrage de la loi 2002-2 par des recommandations	97
2.2.3. Le projet personnalisé : une démarche et une méthodologie ?	100
SECTION 2 - LE MANAGEMENT DU PROJET PERSONNALISÉ PAR LE RÔLE DE L'OBJET-FRONTIÈRE ?	101
1. <i>Illustrer les tensions entre les acteurs par l'identification de mondes sociaux</i>	<i>102</i>

1.1.	Les mondes sociaux de Boltanski & Thévenot (1991)	102
1.2.	Les mondes dans le secteur de la santé : un décloisonnement nécessaire.....	104
2.	<i>Réguler et dépasser les tensions entre les mondes par la traduction</i>	105
2.1.	La sociologie de la traduction : un processus (Callon, Latour et Akrich, 1988).....	105
2.2.	Le rôle des traducteurs	107
2.3.	La sociologie de la traduction dans le champ de la santé	108
2.4.	Le lien entre la traduction et l'outil	109
2.5.	La traduction en donnant une « voix » à l'utilisateur	110
2.6.	Les limites de la traduction	111
3.	<i>Décloisonner, intégrer et traduire les mondes par une base commune : l'objet-frontière</i> <i>112</i>	
3.1.	L'outil convivial de Illich (1973) : un précurseur de l'objet-frontière ?.....	112
3.2.	L'objet-frontière de Star & Griesemer (1989)	114
3.2.1.	Du prolongement de la sociologie de la traduction... ..	114
3.2.2.	...A la contribution originale de l'objet-frontière	115
3.2.3.	Un « pont » entre les mondes	116
3.2.4.	Les types d'objet-frontière.....	117
➤	Le répertoire	117
➤	L'idéal-type	118
➤	L'enveloppe	118
➤	Le format standard.....	119
3.3.	Les caractéristiques de l'objet-frontière.....	120
3.4.	Les intérêts et apports de l'objet-frontière.....	121
3.5.	L'objet-frontière dans le champ de la santé.....	125
3.6.	Les limites de l'objet-frontière	126
	SYNTHÈSE DU CHAPITRE	127

CHAPITRE 3 : POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES **129**

SECTION 1 - UNE RECHERCHE INTERPRÉTATIVISTE AU RAISONNEMENT ABDUCTIF AVEC UNE DÉMARCHE QUALITATIVE **130**

1.	<i>De la réflexion épistémologique</i>	130
1.1.	Le positivisme.....	134
1.2.	Le constructivisme	134

2.	<i>...Au choix du paradigme interprétativiste.....</i>	135
3.	<i>Une recherche exploratoire et une démarche abductive.....</i>	139
3.1.	Un processus exploratoire hybride.....	139
3.2.	Un raisonnement abductif.....	140
4.	<i>Le choix d'une démarche qualitative pour faire émerger la « partie invisible » de l'organisation.....</i>	142

SECTION 2 - LE CAS DU PROJET PERSONNALISÉ AU SEIN D'UNE ASSOCIATION-GESTIONNAIRE DU HANDICAP ET LA COLLECTE DE DONNÉES SUR CE TERRAIN.....144

1.	<i>L'étude de cas unique comme stratégie de recherche.....</i>	145
1.1.	Pourquoi l'étude de cas ? Quel est son intérêt ?.....	145
1.2.	Le choix de l'étude de cas unique et holistique.....	147
1.3.	La prise en compte des limites d'une étude de cas unique.....	151
1.4.	Présentation de l'association spécialisée dans le champ de l'enfance.....	153
1.4.1.	un terrain singulier et emblématique de la complexité du secteur médico-social.....	153
1.4.2.	Caractéristiques et spécificités de l'association.....	155
1.4.3.	Contexte historique de l'association.....	157
2.	<i>La collecte de données au plus près des acteurs et l'accès à des données confidentielles</i>	158
2.1.	Le focus groupe.....	160
2.2.	L'observation participante par une immersion de plus de quatre ans : se rapprocher du terrain pour le comprendre.....	162
2.2.1.	La posture d'acteur-chercheur : une double identité.....	162
2.2.2.	Une observation-participante non-revendiquée.....	164
2.2.3.	Les moments d'observation et participation : entre réunions institutionnelles et événements conviviaux.....	170
2.3.	L'entretien semi-directif pour comprendre les points de vue.....	171
2.3.1.	La recherche d'un consentement éclairé.....	173
2.3.2.	La campagne d'entretiens.....	173
2.3.3.	Le guide d'entretien comme repère.....	174
2.3.4.	L'échantillonnage et les répondants :.....	175
2.3.5.	Le lieu et les modalités de l'entretien.....	180
2.3.6.	Le déroulement de l'entretien.....	181
2.4.	un matériau secondaire : la littérature grise.....	181
2.5.	L'anonymisation des données.....	183

SECTION 3 - UNE MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES PAR L'ATTENTION FLOTTANTE ET UN TRIPLE CODAGE	183
1. <i>L'attention flottante</i>	<i>183</i>
2. <i>Le processus de codage.....</i>	<i>184</i>
2.1. Un codage multithématique	184
2.2. Un triple codage	186
SYNTHÈSE DU CHAPITRE	188
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION PARTIELLE	190
SECTION 1 - COMPRENDRE LE PROJET PERSONNALISÉ	191
1. <i>Le PPA, un outil au service de l'utilisateur.....</i>	<i>191</i>
➤ PPA et PPI : un projet dans le projet	193
2. <i>Contexte de la naissance du PPA dématérialisé.....</i>	<i>193</i>
SECTION 2 - L'INFLUENCE DE LA LOI DU 2 JANVIER 2002 SUR LE PPA.....	196
1. <i>La synthèse, aux prémices du PPA avant la loi 2002-2.....</i>	<i>196</i>
2. <i>La réponse des acteurs à la loi 2002-2 : une méthodologie de projet globale</i>	<i>197</i>
3. <i>Le PPA dématérialisé : un outil pensé par l'association en réponse à la loi 2002-2</i>	<i>198</i>
SECTION 3 - LE PROCESSUS DE LA DÉMARCHE DE PPA.....	201
1. <i>Le RIO, un outil diagnostic en amont du PPA</i>	<i>201</i>
1.1. D'un RCO contesté par les acteurs à la naissance du RIO	201
1.2. Le RIO, un référentiel à visée évaluative	203
1.3. Une appropriation de l'outil à géométrie variable selon le type de managers.....	205
➤ Le manager de proximité « prescripteur ».....	206
➤ Le manager de proximité « réfractaire »	208
1.4. Des réponses divergentes des professionnels de terrain au RIO.....	210
1.5. Le référentiel : un outil d'aide à la préparation du PPA.....	213
2. <i>La synthèse : une phase de concertation</i>	<i>216</i>
2.1. Une phase de préparation à la concertation	216
➤ L'échéancier, un premier outil de gestion	218
➤ Le dossier de l'utilisateur, un outil numérique de préparation.....	219
2.2. La concertation, un espace de dialogue.....	219
➤ L'expérience comme moyen de perfectionnement de la traduction	220
➤ Une traduction multidimensionnelle lors de la concertation.....	221

➤	La finalité de la concertation : la traduction partagée	223
2.3.	L'identification des objectifs lors de la concertation.....	223
➤	Un enjeu d'engagement double : collectif et institutionnel	225
2.4.	Le manager de proximité, un rôle multi-facettes	225
➤	Manager régulateur.....	225
➤	Manager accompagnateur.....	226
➤	Manager formateur	226
➤	Manager garant de la communication auprès des acteurs impliqués	227
2.5.	L'enjeu de la prise en compte de l'enfant et son entourage	227
➤	Démocratiser c'est « associer ». Associer c'est « considérer », c'est « valoriser ».....	228
➤	De l'importance d'impliquer les familles.....	229
➤	Les freins à l'implication de l'utilisateur	229
➤	La co-construction du PPA.....	230
3.	<i>La contractualisation du projet.....</i>	<i>230</i>
3.1.	La mobilisation des familles	230
➤	Comment permettre la traduction ?.....	233
➤	Comment se déroule une contractualisation du projet lorsque l'enfant fait l'objet d'une mesure de placement par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ?.....	234
3.2.	De la traduction des objectifs à un engagement partagé	234
➤	Une phase de contractualisation avec un double engagement	235
➤	La signature pour formaliser l'engagement.....	236
3.3.	Des freins à la traduction.....	236
➤	Un climat peu propice au dialogue	236
➤	L'absence de rencontres régulières.....	237
3.4.	Le suivi de la contractualisation : outil et indicateurs.....	238
➤	L'enregistrement du projet contractualisé sur l'outil de l'association.....	238
➤	Les tableaux de bord : des indicateurs comme repère institutionnel.....	238
4.	<i>La mise en pratique du projet.....</i>	<i>239</i>
4.1.	Le projet, un outil d'accompagnement	239
➤	Le projet, un objet peu exploité.....	240
➤	La digitalisation : vers un accès en temps réel au projet	240
4.2.	L'application du projet selon les profils d'enfants	240

5. <i>Vision synthétique de la démarche du PPA</i>	242
CHAPITRE 5 : DISCUSSION GÉNÉRALE, CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET PRÉCONISATIONS MANAGÉRIALES	243
SECTION 1 - LE PROJET PERSONNALISÉ : UN OUTIL DE GESTION ?	244
➤ L'outillage numérique : un facilitateur du rôle d'outil de gestion ?.....	246
SECTION 2 - LA CONVIVIALITÉ POUR TRANSFORMER L'OUTIL DE GESTION EN OBJET-FRONTIÈRE	246
SECTION 3 - LE PROJET PERSONNALISÉ : UN OBJET-FRONTIÈRE POUR INTÉGRER ET TRADUIRE DES MONDES	249
1. <i>L'implication des mondes appliqués à notre cas</i>	249
2. <i>La traduction appliquée au projet personnalisé : intérêt et limite</i>	252
2.1. La nécessité d'une traduction et de la présence d'un traducteur	252
2.2. Les caractéristiques du traducteur	252
2.3. Une traduction individuelle et collective	253
2.4. Le « métissage » des professionnels médico-sociaux : un facteur-clé à la posture de traducteur	254
2.5. L'absence de traducteur au sein des organisations partenaires.....	254
3. <i>Le projet personnalisé en tant qu'objet-frontière : une jonction entre les mondes et un outil d'aide à la traduction</i>	255
➤ La préparation du PPA : le référentiel de l'association, un objet-frontière de type « format standard »	256
➤ La concertation : le « squelette » du projet personnalisé, un objet-frontière de type « format standard »	257
➤ La concertation : la grille SERAFIN-PH, un objet-frontière de type « format standard »	257
➤ La mise en pratique : l'emploi du temps de l'enfant, un objet-frontière de type « enveloppe »	257
➤ La bibliothèque numérique regroupant les dossiers des usagers, un objet-frontière de type « répertoire »	258
➤ Les terminologies « PPA » et « enfant », des objets-frontières de type « idéal-type ».....	258
➤ Conclusion : le PPA, un objet-frontière	258
4. <i>Les facteurs contributifs et limitant au projet personnalisé en tant qu'objet-frontière</i> .	260
4.1. L'association, un terrain propice à l'accueil de l'objet-frontière	260
4.2. Les facteurs d'engagement et freins à l'adoption du PPA en tant qu'objet-frontière	261
4.3. Le PPA, un objet-frontière limité par des effets conjoncturels et structurels.....	261
5. <i>Les trois angles morts de l'objet-frontière : la communication, l'incommunication & l'acommunication</i>	263

SECTION 4 - RÉPONSES AUX QUESTIONNEMENTS DE RECHERCHE	264
SECTION 5 - PRÉCONISATIONS MANAGÉRIALES.....	266
SYNTHÈSE DU CHAPITRE	268
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	269
LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	269
LES PRINCIPAUX RÉSULTATS	270
LES CONTRIBUTIONS ET LIMITES DE LA RECHERCHE.....	272
1. <i>Les contributions théoriques.....</i>	<i>272</i>
2. <i>Les limites méthodologiques.....</i>	<i>272</i>
3. <i>Les apports méthodologiques.....</i>	<i>273</i>
➤ La posture d'acteur-chercheur : une posture compréhensive, empathique permettant un lien de confiance et un enrichissement de la conduite des entretiens	273
➤ La participation d'une large gamme des parties prenantes du projet à l'étude.....	273
➤ Le triple codage pour confirmer les codes et laisser place à des enrichissements.....	273
LES VOIES DE RECHERCHE.....	274
LES RECOMMANDATIONS MANAGÉRIALES.....	275
BIBLIOGRAPHIE	276
LISTE DES TABLEAUX.....	318
LISTE DES FIGURES	321
PLAN DÉTAILLÉ	323