

EXAMEN PROFESSIONNEL
AGENT SOCIAL TERRITORIAL DE 1^{ère} CLASSE
17 Octobre 2012

EPREUVE:

Epreuve écrite à caractère professionnel portant sur les missions incombant aux membres du cadre d'emplois. Cette épreuve consiste, à partir de documents succincts remis au candidat, en trois à cinq questions appelant des réponses brèves sous forme de tableaux, et destinées à vérifier les capacités de compréhension du candidat et son aptitude à retranscrire les idées principales des documents.

Durée : 1 heure 30

Coefficient : 2

ATTENTION !

Veillez au respect de l'anonymat de votre copie. Ne signez pas votre copie et n'indiquez vos nom, prénoms et initiales ni dans le corps du devoir, ni dans la marge. Vos nom et prénoms ne doivent figurer que dans l'encart prévu à cet effet et que vous aurez soin de cacheter.

Aucune feuille de papier brouillon ne sera acceptée à l'appui de votre copie.

INDICATIONS

Ce dossier comporte 4 documents et 13 pages au total.

Vous devez répondre aux questions en page 2 du présent dossier.

Attention : Une mauvaise présentation de la copie ou des fautes d'orthographe peuvent entraîner l'application de pénalités sur la note finale.

Documents d'appui pour répondre aux questions :

Document 1 : UNCCAS, Fiche d'information « La maladie d'Alzheimer ». (4 pages, page 3 à 6/13)

Document 2 : René RAGUENES, « Des outils opérationnels pour la bientraitance », *Journal du domicile*, Juin-Juillet 2012 (2 pages, page 7 à 8/13)

Document 3 : Caroline HELFTER « Les TISF en protection de l'enfance : prestataires ou partenaires ? », *Actualités Sociales Hebdomadaires n°2754*, 6 Avril 2012. (4 pages, page 9 à 12/13)

Document 4 : La réflexion éthique dans les établissements médico-sociaux (1 page, page 13/13)

QUESTIONS

Première question (4 points)

(Document 1)

Après avoir prise connaissance de la situation ci-dessous, vous répondrez succinctement aux questions posées.

Madame et Monsieur X ont respectivement 88 et 91 ans. Madame Bénéficie du dispositif ADPA. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle relève d'un GIR 3, présente des difficultés de déglutition, ne se déplace plus. Les relations du couple avec ses enfants sont peu fréquentes et plutôt conflictuelles. Un service de maintien à domicile prestataire intervient quotidiennement auprès de Madame, matin, midi et soir à hauteur de 60 heures par mois, en relation avec un SSIAD et un service de portage de repas. Monsieur est toujours présent ; il accepte difficilement les divers passages quotidiens. Il s'interpose fréquemment au cours des interventions (prise de repas, aide à la toilette).

Dans ce contexte :

A quel stade d'évolution de la maladie semble se situer Madame X ?

Quelles définitions donnez vous de : GIR 3, ADPA, SSIAD ?

Deuxième question (3 points)

(Document 2)

Dans le cadre de votre intervention à domicile : *(une seule réponse possible pour chaque question)*

A- Vous devez donner à manger à une personne contagieuse, comment procédez vous :

- a) Je m'informe auprès de la personne aidée, de son entourage ou de mon responsable pour savoir quelles protections utiliser ;
- b) Je tends les bras pour me tenir éloigné autant que possible de la personne malade ;
- c) Je porte systématiquement un masque.

B- Vous aidez une personne en perte d'autonomie à prendre ses repas, que devez vous faire ?

- a) Préalablement je demande des consignes de travail précises à mon employeur ;
- b) Je vais lui donner des aliments liquides, cela sera plus simple pour tout le monde ;
- c) Je vais lui acheter des petits pots pour bébé, pour que ses repas soient équilibrés.

C- La personne que vous aidez rechigne à prendre une douche, que pouvez vous faire ?

- a) Je chante pour la distraire ;
- b) Je prends du temps avec elle pour mettre en place un climat serein et je respecte au mieux ses habitudes de vie en lui proposant une toilette au lavabo par exemple ;
- c) Je lui impose une douche car il est important de se laver.

Troisième question (3 points)

Vous répondrez en trois lignes à la question suivante :

Comment procédez-vous pour lever des toilettes une personne en perte d'autonomie.

Quatrième question (5 points)

(Document 3)

Vous répondrez en 10 lignes à la question suivante :

En tant que professionnel de l'intervention à domicile, comment envisagez-vous une utilisation pertinente du cahier de liaison ?

Cinquième question (5 points)

(Document 4)

Vous répondrez de manière argumentée en 15 lignes maximum à la question suivante :

Qu'est-ce qu'une équipe peut vous apporter ? Et inversement, que pensez vous pouvoir apporter à une équipe ?



Fiche d'information n°1

La MALADIE d'ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer en chiffres :

En France, aujourd'hui...

- 860 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou par des maladies apparentées
- Ces maladies sont la quatrième cause de mortalité ¹
- Parmi les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, environ 2 personnes sur 3 vivent à domicile

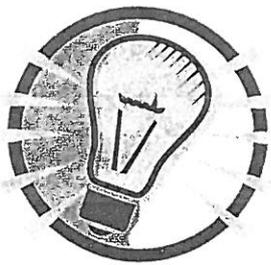
Et en 2020...

1,3 millions de personnes seront atteintes, dont 1 personne sur 4 de plus de 65 ans, et les deux tiers seront des femmes

Source : association internationale pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer.

¹ On ne meurt pas directement de la maladie d'Alzheimer mais des complications dues à celle-ci.





Symptômes et évolution de la maladie d'Alzheimer

Les symptômes peuvent être différents selon l'évolution de la maladie, dont on peut distinguer trois étapes.

1. Le stade initial

- Perte de mémoire sur des événements récents
- Troubles du langage : un mot est utilisé pour un autre ou les phrases ne sont pas terminées
- Difficultés d'orientation (ex : se perdre dans son quartier)
- Difficultés à organiser sa journée et à réaliser des tâches complexes (comme préparer un repas)
- Brusques changements d'humeur et difficultés à se concentrer sur une activité
- Perte d'intérêt pour les activités sociales

À la survenue de plusieurs de ces symptômes, il est conseillé d'inciter la personne à se rendre à une consultation mémoire afin d'établir un diagnostic.

2. Le stade modéré

- Troubles de mémoire plus importants (ex : oublis du nom des personnes de l'entourage proche)
- Les troubles du langage s'accroissent et deviennent plus courants
- Déambulation ininterrompue (jour et nuit) ou au contraire inactivité
- Accentuation des difficultés à se situer dans l'espace et le temps (jour, mois, saison)
- Variations de l'humeur, sentiment d'insécurité
- Diminution de l'autonomie pour exécuter certains actes quotidiens simples comme la toilette ou l'habillement

3. Le stade avancé

- Perte de mémoire des événements présents et passés
- Quasi absence de communication verbale
- Difficultés à reconnaître son entourage
- Besoin d'aide pour marcher
- Incompréhension des événements affectant le quotidien
- Difficultés à se nourrir, besoin d'assistance pour tous les actes de la vie quotidienne
- Chutes, incontinence



Une attitude adaptée

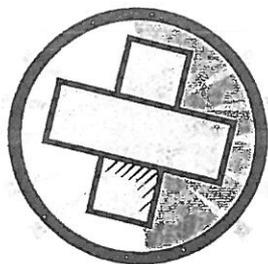
En tant que professionnel(le) de l'aide à domicile, vous devez adapter votre accompagnement aux symptômes de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Il est indispensable de toujours conserver une attitude d'empathie envers la personne, quels que soient ses faits et gestes. Voici quelques gestes simples à réaliser :

- Captez l'attention de la personne : lorsque vous lui parlez, positionnez-vous face à elle, regardez-la fixement dans les yeux et touchez la légèrement (main, bras, épaule...)
- Parlez lui lentement et en utilisant des phrases simples
- Préférez les questions fermées appelant une réponse simple (oui ou non)
- Evitez les phrases faisant référence au passé proche (« qu'avez-vous mangé à midi ? »), préférez le temps présent (« voulez-vous vous asseoir ? », « votre chemise est jolie »...)
- Si cela est possible, illustrez vos propos en montrant du doigt ce dont vous parlez (montrez le linge repassé, le fauteuil où vous lui proposez de s'asseoir...)
- N'hésitez-pas à répéter certaines phrases
- Dans la mesure du possible, stimulez la personne en lui offrant de s'associer à certaines activités simples du quotidien et sans danger (ranger les revues, aider à détendre le linge...)
- Lorsque la personne est sujette à la déambulation, ayez toujours un regard sur elle afin d'éviter les fugues ou la saisie d'objets dangereux

Adaptez toujours votre comportement à l'humeur de la personne. Si celle-ci est brusquement angoissée ou agressive, évitez de la stimuler par des questions. Adopter quoi qu'il arrive une attitude rassurante et bienveillante. Il est important de travailler en équipe en lien avec un support comme le cahier de liaison par exemple.

À l'avenir, si votre service d'aide à domicile, ou votre CCAS/CIAS organise des ateliers mémoires, parlez-en à la personne et/ou à son entourage



Soutien des aidants familiaux

- 6 aidants sur 10 sont des femmes
- La moitié d'entre elles est âgée de plus de 80 ans
- La plupart des aidants vivent à leur domicile avec leur conjoint
- Une séparation avec le conjoint malade est souvent difficile car vécue par l'aidant comme un abandon

La personne souffrant de la maladie d'Alzheimer requiert une vigilance de tous les instants. Le danger de l'épuisement physique et psychique, mais aussi de l'isolement social de l'aidant familial, est réel. De plus, l'épuisement peut être à l'origine de situations de maltraitance.

En tant que professionnel(le) de l'aide à domicile, vous êtes le premier soutien de ces aidants familiaux. Vous les relayez quelques heures dans la surveillance de la personne malade. Vous êtes aussi témoin de l'épuisement de ces aidants et devez donc le signaler à votre référent/responsable.

Les aidants familiaux ont surtout besoin d'être conseillés, écoutés et compris. Vous pouvez les orienter vers votre CCAS/CIAS, si celui-ci a mis en place des cellules de soutien psychologique, ou vers des associations spécialisées. Renseignez-vous auprès de votre référent/responsable.

A savoir : l'association France Alzheimer propose des formations pour les aidants familiaux afin que ces derniers puissent mieux comprendre la maladie et connaître les bons gestes à adopter. (contact France Alzheimer : 0 811 112 112).

Avec le soutien de la
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie



Des outils opérationnels pour la bientraitance

La bientraitance, c'est un peu comme la qualité ; tous les services jurent, la main sur le cœur, qu'ils sont dans la démarche. Sauf que cette démarche n'est pas si simple à mettre en place, et nécessite un investissement de tous, au long court. Petit rappel de méthodologie.

Pour travailler sur la bientraitance et la maltraitance, thématiques évidemment intrinsèquement liées, nous vous proposons de vous attacher à quatre étapes très transversales.

La première étape consiste logiquement à repérer, à la source, d'éventuelles maltraitances constatées. Vous n'êtes pas sans savoir que la maltraitance est punie par la loi ; le code pénal punit les actes violents, le code du travail prévoit des sanctions vis-à-vis des salariés commentant des actes graves de maltraitance.

La seconde étape consiste à travailler sur l'évitement des « bienveillances maladroitement » ou des « maladresses involontaires » dans le cadre des interventions : par exemple, éviter l'infantilisation des personnes aidées, les paroles blessantes ou les gestes brusques à l'encontre d'usagers qui n'ont pas toujours les moyens de protester et de se défendre.

La troisième étape consiste à réfléchir aux « bonnes » pratiques et à les adapter en fonction du ressenti de la personne aidée.

La quatrième étape est celle de l'écoute des personnes aidées par les intervenants et les encadrants. La bientraitance englobe l'ensemble des ressentis positifs des personnes accompagnées, qui peuvent être d'ordre matériels, physiques ou relationnels.

1- Le repérage à la source des maltraitances

Qui sont les maltraitants ? Selon le réseau Alma (Allô Maltraitance), qui œuvre contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées, plus de la moitié des auteurs d'actes de maltraitance sont les membres de la famille. Mais n'oublions pas que les professionnels sont aussi potentiellement maltraitants.

Selon la définition de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), les maltraitances peuvent être des violences psychiques, morales, des violences médicales, médicamenteuses, des négligences actives ou passives, des privations ou violations de droits, des violences matérielles et financières ; « (...) la maltraitance s'entend ici comme une situation de violence, de privation ou de négligence survenant dans une configuration de dépendance d'une personne vulnérable à l'égard d'une personne en situation de pouvoir, d'autorité ou d'autonomie plus grande. »

Les services d'aide à domicile doivent être outillés, via des protocoles, pour faire « remonter » les suspicions de maltraitance. Les intervenants doivent être sensibilisés au repérage d'éventuelles maltraitances



notamment autour des habitudes de vie non respectées de la personne aidée (si l'entourage familial, par exemple, ne respecte pas ses goûts alimentaires) et de ses capacités non stimulées.

Le signalement des maltraitances aux autorités ne peut être le fait que de la direction, en lien avec les réseaux tels qu'Alma ou Habeo, les Clic, les conseils généraux, les services de l'État, afin que les victimes puissent être protégées et défendues.

2- L'évitement des "bienveillances maladroitement" ou des "maladresses involontaires"

Dans leurs stratégies de bientraitance, les professionnels doivent se centrer sur le respect des habitudes de vie et des capacités de la personne. Tout en faisant preuve de modestie. Selon le réseau Alma, « toute bientraitance auto-proclamée rime avec ignorance ; plus une personne est compétente, plus elle est consciente de ses limites. » (R. et S. Moulias et F. Busby, *La bientraitance, qu'est-ce que c'est ?* in *Gérontologie et société*, n° 133, 2010.)

Le rôle des encadrants est primordial ; ils doivent accompagner les intervenants, afin que ces derniers adoptent la « bonne » attitude, c'est à dire évitent par exemple les attitudes d'infantilisation ou de « copinage » avec les personnes aidées. Dans ces situations, l'intervenant n'est pas, à ce moment-là, en faute professionnelle notoire, mais il se met à un niveau qui n'est pas le sien : celui des familiers.

Il faut donc que les services rappellent, dès l'embauche et au démarrage des interventions, les attitudes qui, chez les intervenants, éviteront les comportements inadaptés au regard des objectifs de préservation de l'autonomie des personnes aidées.

3- La mise en place des bonnes pratiques

Levons d'emblée une idée reçue : une « bonne pratique » sur le papier n'est pas forcément bienveillante. Par exemple, le plan d'aide peut prévoir une stimulation pour certains actes essentiels de la vie quotidienne, ce que l'intervenant s'emploie à faire avec a priori tact et attention mais que la personne aidée supporte mal, voire refuse. Cette personne peut en effet se sentir trop stimulée, bousculée... et donc accepter difficilement le comportement pourtant a priori professionnel et bienveillant de l'intervenant. La bonne pratique peut alors être, dans un premier temps vécue comme traumatisante

Les intervenants doivent toujours avoir en tête que faire entrer une aide à domicile dans son intimité n'est pas naturel ; les repères, les rituels du quotidien, les habitudes de vie et les manies peuvent être tellement bousculées que la personne aidée se sentira maltraitée, sans oser le dire. Pour l'Anesm : « *Concernant l'aide et les soins à domicile, le risque de maltraitance est accentué par le caractère par nature intrusif de l'intervention... Cette situation accentue les occasions de maltraitance, en mettant le professionnel, même malgré lui, en situation de bouleverser le rythme, l'organisation, l'espace privé et les relations personnelles de l'usager.* » Aux aides à domicile, donc, appuyées par leurs encadrants, d'être attentives à ce qui pourrait heurter les personnes qu'elles accompagnent.

4-La bientraitance: Le résultat des actions.

Pour Alma, « *s'il y a bientraitance, c'est aux autres de le reconnaître. La bientraitance ne peut être qu'un objectif.* » (R. et S. Moulias et F. Busby, *La bientraitance, qu'est-ce que c'est ?* in *Gérontologie et société*, n° 133, 2010.)

Comme le dit l'Anesm, dans sa recommandation, « *la bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon continue des pratiques, tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable* ». En clair, la bientraitance « *vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le*

risque de maltraitance ».

Pour mobiliser les intervenants autour de cette démarche, il faut aussi et surtout qu'ils trouvent sens à leur mission, laquelle doit toujours être reliée au cadre plus général des missions du service et aux valeurs qui s'y rattachent.

Pour que les intervenants s'approprient la démarche de bientraitance, les encadrants doivent les aider à prendre le temps de se poser deux questions primordiales et très concrètes :

- Comment, en tant qu'aide à domicile, je respecte au mieux les habitudes de vie des personnes que j'accompagne ?
- Comment, en tant qu'aide à domicile, je respecte au mieux leurs capacités physiques et intellectuelles ?

René Raguénès, formateur

Site internet : <http://rene.raguenes-1.pagesperso-orange.fr>.

Les références : L'Anesm a publié plusieurs Recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui abordent le thème de la bientraitance ; téléchargeables sur le site internet de l'agence (www.anesm.sante.gouv.fr). Les sites internet des réseaux Alma (www.alma-France.org) et Habeo (www.habeo.org) donnent des informations pratiques.

LE MAGAZINE

DÉCRYPTAGE

FAMILLES EN DIFFICULTÉ

Les TISF en protection de l'enfance : prestataires ou partenaires ?

Au domicile des familles fragilisées, les techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) – des femmes, quasi exclusivement – exercent des fonctions préventives, éducatives et réparatrices ancrées dans un « faire avec » quotidien. Néanmoins, comme le montre une étude réalisée pour l'association Famille et cité, ces actrices d'une protection de l'enfance rapprochée ne voient toujours pas leur place reconnue à sa juste valeur par les autres intervenants.

« **P**révenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, accompagner les familles et assurer, le cas échéant, [...] une prise en charge partielle ou totale des mineurs » : la loi du 5 mars 2007 affirme dans son article premier que la prévention des risques de mise en danger de l'enfant et le soutien à la parentalité constituent les axes majeurs de la protection de l'enfance. « Elle a misé sur les techniciennes de l'intervention sociale et familiale », explique Fabienne Quiriau, directrice générale de la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (CNAPE) (1) et ancienne conseillère technique du ministre délégué à la famille chargée de la réforme de 2007. Les intéressées intervenaient déjà dans ce secteur en soutien de mesures d'action éducative à domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO), ou bien, lors du placement de l'enfant, pour encadrer les droits de visite

des parents à leur domicile ou dans un lieu neutre. Cependant, le travail au sein de l'intimité familiale n'était pas une pratique encouragée. « Considérée comme intrusive, elle suscitait des réticences, rappelle

Fabienne Quiriau. Nous avons voulu faire du domicile le point de départ des actions de protection de l'enfance pour intervenir le plus en amont possible et au plus près de l'enfant considéré dans sa globalité et son environnement habituel. Il était important, en même temps, de travailler avec ses parents, de cheminer à leur côté pour essayer d'aller vers un mieux quand ils ont des difficultés dans le quotidien. »

Aujourd'hui, les TISF ont davantage pénétré le champ de la protection de l'enfance, se réjouit Fabienne Quiriau : « Elles ont un rôle important en matière d'observation-évaluation des situations, participent au maintien des enfants à domicile et, en cas de placement, travaillent de plus en plus sur la préparation au départ et au retour, ainsi que sur l'exercice des droits parentaux. » Ces interventions rencontrent une « attente forte des parents pour une aide concrète dans la vie de tous les jours », commente Claire Genneret, cadre socio-éducatif au conseil

général de l'Aube, qui est responsable d'un dispositif innovant auquel collaborent six TISF (voir encadré, page 29). Il n'en reste pas moins que le décalage est grand entre les ambitions de la loi et la réalité de

l'exercice professionnel. C'est ce que montre une étude (2) réalisée par Pascale Breugnot, responsable des formations continues à l'École supérieure de travail social de Paris (ETSUP), spécialiste des innovations socio-éducatives en protection de l'enfance (3), et Dominique Fablet, professeur en sciences de l'éducation à l'université de Paris X-Nanterre. Celle-ci a été conduite en 2010-2011 à la demande et au sein de l'association Famille et cité, qui intervient sur six départements d'Ile-de-France (4) et compte 129 TISF. Dans chaque équipe départementale, les chercheurs ont suivi le travail d'une professionnelle volontaire. Ils se sont entretenus à plusieurs reprises avec l'intéressée du début à la fin d'une intervention ayant duré quelques mois à plus d'une année. Il s'agissait avec ces intervenantes de « passer du récit de certains moments de la vie quotidienne au sein d'un domicile familial à une explication affinée des actes mis en œuvre », explique Pascale Breugnot.

Des problématiques complexes

Familles monoparentales ou recomposées, fratries nombreuses, situations de précarité, parents atteints de troubles psychiatriques : les TISF ont à connaître de problématiques variées, souvent complexes. Avant la première intervention, la responsable d'équipe départementale – éventuellement accompagnée de la professionnelle concernée – se rend généralement au domicile de la famille avec le travailleur social du service demandeur ; cela permet à celui-ci de répreciser les motifs de sa requête. Mais, dans cinq des sept suivis réalisés, cette visite en binôme n'a pas eu lieu. C'est donc seule que la TISF est entrée en contact avec la famille. Cette rencontre initiale est l'occasion pour elle de se présenter. « Plus la professionnelle est jeune, plus elle met en avant sa fonction », note Pascale Breugnot. Ainsi, l'intéressée peut par exemple dire « être un travailleur social comme l'éducateur spécialisé » ou « avoir effectué une formation donnant lieu à un diplôme ». Décrivant son intervention comme « une aide dans les actes de la vie quotidienne avec les enfants », « avec des horaires calés en fonction des besoins spécifiques de la famille », la TISF explique le pourquoi de sa présence : à la demande de qui, pour quelles

« Nous avons voulu faire du domicile le point de départ des actions de protection de l'enfance pour intervenir le plus en amont possible »

LE MAGAZINE

DÉCRYPTAGE

raisons. « *Ce qui permet de rappeler le travail partenarial sous-jacent à l'intervention, la nécessité d'échanges réguliers et de transmission d'éléments d'observation et d'évaluation au service demandeur, ainsi que l'obligation de faire une synthèse écrite retraçant l'intervention pour l'aide sociale à l'enfance* », commentent Pascale Breugnot et Dominique Fablet.

Lors de cette prise de contact, l'intervenante se rend parfois compte que les raisons de sa venue ont été banalisées par les travailleurs sociaux chez qui, pourtant, la situation familiale suscite de réelles inquiétudes. Ainsi ont-ils pu simplement parler à la famille d'une « *aide qui permettrait à la mère de se reposer* », d'une « *aide pour*

soulager le quotidien ». Symétriquement, la portée de l'intervention peut être minimisée par les parents. Néanmoins, dans quatre des sept situations observées, ces derniers manifestaient des craintes quant à un possible retrait des enfants. La première entrevue permet aussi à la TISF d'apprécier la plus ou moins grande adhésion de la famille à l'intervention. Comment éviter que celle-ci soit vécue comme une intrusion ? « *Par une mise en confiance – jamais totalement gagnée – qui passe par une formulation des droits de l'usager, avec la possibilité de consulter les écrits produits par la TISF à partir des éléments d'observation discutés avec les parents* », répond Pascale Breugnot. Les limites de

l'intervention sont également précisées : « *Si quelque chose vous déplaît dans ma façon de faire, n'hésitez pas à me le dire.* » De même, au fil du temps, l'intervenante prend en compte l'accord verbal ou l'acquiescement du ou des parents aux changements d'habitudes, de pratiques éducatives qu'elle propose.

Une aide souvent malvenue

A chaque nouvelle séquence de travail, l'arrivée au domicile soulève de forts enjeux. La manière dont les parents accueillent ou non la professionnelle donne des éléments sur la possibilité de travailler avec eux. « *Mais elle soulève aussi la question du "non-désir d'accompagnement", "des résistances à l'intervention" ou de "l'incompréhension du rôle"* » de la TISF. Cette dernière est parfois attendue, mais ce cas s'est révélé assez rare. Elle est plus souvent malvenue – le parent étant toujours au lit –, oubliée – parents et enfants absents – ou bien encore non prise en compte – le parent est occupé avec un ami et ne prête aucune attention à la professionnelle. En fait, quand elle pousse la porte, elle ne bénéficie qu'exceptionnellement d'un temps privilégié pour parler avec les parents de ce qu'elle a pu observer et évoquer le déroulé de l'intervention du jour quant aux différentes questions qui se posent (avancée des démarches, prise de rendez-vous, etc.). Ces échanges ont donc lieu de manière informelle, lorsque le moment s'y prête. Aussi, la plupart du temps, est-il difficile de décliner des axes de travail précis dans le cadre d'un projet global, soulignent les chercheurs. Cette absence d'objectifs qui soient d'emblée clairement définis complexifie l'intervention : « *L'observation aurait tendance à perdurer et prendre souvent la place d'orientations plus ciblées* », constatent Pascale Breugnot et Dominique Fablet. Or si les premières interventions constituent des temps privilégiés d'évaluation, il ne s'agit pas d'en rester à une présence un peu en retrait : l'essentiel de l'accompagnement se fait dans l'action.

Réalisation d'activités avec la mère, notamment en direction d'enfants en bas âge, stimulation de l'autonomie des plus grands, organisation de moments partagés avec tout le groupe familial au domicile (préparation d'un gâteau), ou lors de sorties : le « faire avec » – qui peut également être « faire sous le regard » du parent pour lui permettre de prendre conscience des besoins et compétences de l'enfant – constitue l'outil-clé des TISF (voir encadré, page 30). Comme le soulignent celles qui ont participé à

QUAND LES PROFESSIONNELLS COOPÈRENT

Depuis 2005, l'aide sociale à l'enfance (ASE) de l'Aube dispose d'une formule innovante de protection : le « placement hors les murs » (PHOM). Lorsqu'un enfant est confié à l'ASE dans le cadre d'une mesure judiciaire ou administrative de placement, ses parents peuvent bénéficier à son égard d'un droit d'hébergement permanent – sauf en cas de crise ou quand une respiration est nécessaire. Doté de 30 places, ce dispositif est prioritairement destiné aux 0-6 ans, afin d'éviter le traumatisme d'une séparation dans cette période essentielle de structuration psycho-affective. Il permet aussi d'accélérer le retour à domicile d'enfants ayant été placés en famille d'accueil ou en établissement. « *D'emblée, j'ai voulu un plateau technique pluridisciplinaire qui intègre des TISF [techniciennes de l'intervention sociale et familiale]* », explique Claire Genneret, cadre socio-éducatif à l'ASE, responsable du PHOM. Celui-ci fonctionne – selon une grande amplitude horaire (1) –

avec un psychologue à tiers temps, qui peut aller dans la famille, cinq travailleurs sociaux de l'ASE (2) et six TISF à temps partiel, salariées de l'association départementale d'aide à domicile mises à disposition du PHOM. Chaque situation est accompagnée par un professionnel de l'ASE et deux TISF, qui se relaient auprès de la famille à un rythme au moins bi-hebdomadaire, et souvent plus soutenu en début de mesure. « *Les TISF sont un peu les fantassins du travail social à intervenir en première ligne au cœur des familles, avec des parents très carencés qui ont tout à inventer en termes de parentalité* », commente Claire Genneret. Pour éviter cet isolement, « *un cadre de travail contenant pour l'équipe et aussi pour les familles* » a été mis en place, explique-t-elle. Les intervenants du PHOM ont quatre heures de réunion d'équipe tous les 15 jours et une journée mensuelle d'analyse de la pratique. Ils se retrouvent aussi chaque mois pour une synthèse avec les parents et l'enfant. « *Le fait d'y participer nous permet*

d'être reconnues par les familles et nous légitime de fait », estime Franceline Berlot, TISF. « *Au début, c'était assez difficile de se positionner et puis, petit à petit, on a pu défendre nos points de vue par rapport à des situations que l'éducateur ou l'assistant social n'avait pas repérées* », ajoute-t-elle. De leur côté, les travailleurs sociaux de l'ASE ont sans doute appris à changer de regard sur les TISF en changeant de posture. Au PHOM, eux aussi sont dans le concret. « *Par exemple, suivant l'horaire et les besoins de la famille, l'éducateur peut donner le bain ou apprendre à préparer un repas* », explique Chantal Brivois, également TISF dans le dispositif.

Celui-ci semble efficace : depuis 2005, environ deux tiers des enfants accueillis ont pu être maintenus dans leur famille et dans 60 à 65 % des cas, les mesures ont duré moins de un an. ■

(1) De 7 heures à 21 heures pendant la semaine, en journée le samedi si nécessaire, et avec un cadre de l'ASE joignable en permanence par téléphone.
(2) Il y a un équivalent temps plein de travailleur social pour quatre à sept enfants.

LE MAGAZINE

DÉCRYPTAGE

cette recherche, « nous prenons appui sur des actes, des activités concrètes, l'entrée "maison" est la base de notre intervention, cette entrée est plus facile pour pouvoir ensuite avancer sur les questions de parentalité ». Cependant, il arrive que l'intervenante ne se voit pas octroyer une place qui lui permette d'effectuer ce soutien à la parentalité. Les cinq heures de présence d'affilée – voire sept dans l'un des cas étudiés – peuvent alors sembler longues. Cette réflexion est revenue sous une forme ou une autre dans près de la moitié des situa-

tions, notent les chercheurs. Il y a des circonstances variées qui font ainsi obstacle au travail. C'est le cas, par exemple, quand la relation est difficile à établir parce que les parents ne demandent rien, ou bien quand ils dorment et, évidemment, s'ils sont totalement absents. C'est également le cas quand les troubles du comportement d'un enfant entravent toute activité, ou encore quand un mari tyrannique dénie à sa femme le droit à la parole, alors qu'il s'agirait de voir avec cette mère comment asseoir son autorité.

Face aux difficultés de tous ordres qu'elles peuvent rencontrer, les TISF se sentent très isolées. Certes, il y a des temps de réflexion et de travail collectifs internes à Famille et cité. De telles mises en commun sont d'ailleurs peut-être plus développées dans cette association que dans d'autres, ce qui apparaît important pour l'étayage des professionnelles, souligne Pascale Breugnot. Mais celles-ci ont peu d'échanges directs avec leurs alter ego des services demandeurs. « Leur présence semble rassurer les collègues travailleurs sociaux [...] et, du coup, ils se mettent en retrait », commente l'experte. Les intéressées apparaîtraient-elles davantage comme des prestataires que comme de véritables partenaires? C'est une question qu'elles-mêmes et les responsables d'équipe se posent. En effet, la tendance la plus fréquemment notée est celle d'une « concertation assez faible, voire parfois quasi inexistante, entre partenaires amenés à intervenir auprès d'une même famille. Avec les conséquences néfastes susceptibles d'en résulter », constatent Pascale Breugnot et Dominique Fablet. Les chercheurs fournissent un exemple des mal-adresses récurrentes qu'ils ont pu observer à cet égard : celui de visites accompagnées, un samedi sur deux, au domicile de leur maman célibataire de deux enfants confiés à l'ASE. Lors de sa première intervention, la TISF découvre que le calendrier établi pour le semestre par le service demandeur ne tient pas compte des contraintes professionnelles de cette mère : les visites sont programmées les week-ends où elle travaille... Ce premier cafoouflage ne sera pas le dernier et, pour couronner le tout, lorsqu'il sera mis un terme à l'intervention, c'est la maman elle-même qui en avertira la TISF : aucune information officielle n'a été envoyée, au préalable, à Famille et cité. En récapitulant, les chercheurs constatent que, tout au long de cet accompagnement qui a duré un peu moins d'une année, « la TISF n'a jamais pu évoquer la situation en réunion avec des partenaires. Elle n'a jamais rencontré l'éducatrice référente de l'ASE ; les seuls contacts avec celle-ci, par téléphone, résultent de ses propres initiatives pour modifier le calendrier et l'organisation des visites à deux reprises, alors qu'elle-même s'est appliquée à rédiger un compte rendu pour la plupart des visites effectuées. » Bien que moins révélatrices, les autres situations conduisent au même constat : une juxtaposition des pratiques plus qu'un réel travail partenarial. « Cela est-il lié à la difficulté d'une reconnaissance du statut de

L'ARCHÉOLOGIE DU « FAIRE AVEC »

La pédagogie du « faire avec », marque de fabrique des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF), est née en 1865 avec la congrégation des Petites Sœurs de l'Assomption. « C'est en donnant des soins aux malades et en aidant les familles dans les tâches ménagères que les Petites Sœurs de l'Assomption ont défini les bases » de cette méthode d'intervention qui consiste à utiliser les tâches de la vie quotidienne comme support d'une action éducative, explique Bernadette Bonamy, spécialiste de la profession de TISF (1). Un demi-siècle plus tard, les bénévoles de l'Aide aux mères de famille, créée en 1920 par Henriette Viollet (2), sont les premières laïques à entrer dans les foyers. Ces « femmes dévouées » se chargent de faire avec les mères « ou à leur place si leur santé les en empêche, toutes les besognes que comportent un ménage et les soins aux enfants », précisent les statuts de l'association. Entre 1942 et 1945, plusieurs nouveaux services voient le jour pour seconder les mères des milieux ouvrier ou agricole. Les mouvements familiaux catholiques, qui sont à leur origine, militent pour un statut professionnel

de ces aides familiales. Il est acquis en 1949 avec l'instauration d'un titre de « travailleuse familiale » et d'une formation de huit mois sanctionnée par une certification. Trente ans plus tard, « le décret du 15 février 1974 définissant la travailleuse familiale comme travailleur social sera un élément capital dans la professionnalisation » – même si, dans les faits, cette reconnaissance a suscité, à l'époque, bien des résistances, notamment de la part des travailleuses familiales elles-mêmes, souligne Bernadette Bonamy. En 1999, le certificat d'aptitude au métier de travailleuse familiale, de niveau V, est remplacé par le diplôme d'Etat de technicien d'intervention sociale et familiale, de niveau IV, préparé dans le cadre d'une formation de deux ans. Désormais préventive, mais aussi réparatrice, l'intervention des TISF peut s'exercer – à domicile comme en établissement ou service – auprès de familles avec jeunes enfants, de personnes âgées ou handicapées et, plus globalement, de personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale. Enfin, dernière en date, une réforme de 2006 introduit

de nouveaux domaines de compétences dans la formation des TISF, tels la communication professionnelle et le travail en réseau ou l'accompagnement social vers l'insertion (3). « Globalement, les employeurs reconnaissent un vrai apport de la réforme de la formation, notamment pour répondre à différentes problématiques éducatives », comme la déscolarisation, les difficultés conjugales ou les troubles psychiques des usagers, souligne une étude de la direction générale de la cohésion sociale sur le métier de TISF (voir page 31). Pour certains employeurs, cependant, l'aspect pratique de la profession – notamment la technique des tâches ménagères – aurait été trop estompé au profit de l'aspect éducatif. De même, le soutien à la parentalité serait abordé de façon trop théorique. « L'inventivité, la créativité de la TISF, le "savoir faire avec rien" » auraient pour ainsi dire disparu. ■

(1) In *Technicien de l'intervention sociale et familiale. Un travailleur social de proximité* - Ed. érès, 2005.

(2) Henriette Viollet est également l'une des co-fondatrices de l'Ecole des surintendantes d'usine et de services sociaux, devenue l'ETSUP (Ecole supérieure de travail social de Paris).

(3) Voir ASH n° 2483 du 8-12-06, p. 21.

travailleur social de la TISF par les autres professionnels (assistants de service social, éducateurs spécialisés), à la difficulté pour la TISF de s'imposer comme partenaire à part entière dans un travail de co-intervention, ou bien à un manque quant à la mise en place d'une véritable co-intervention ? » Sans trancher, les chercheurs pointent les effets de ce déficit de concertation :

l'impossibilité de décliner un projet inter-institutionnel coordonné et cohérent. « Savoir comment articuler toutes les actions menées autour des familles est ce qui nous préoccupait beaucoup en

« Leur présence semble rassurer les collègues travailleurs sociaux [...] et du coup, ils se mettent en retrait »

2007 – et nous préoccupe toujours aujourd'hui », commente Fabienne Quiriau. De fait, au plan institutionnel, il y a un partenariat déséquilibré entre les services à domicile et les services des conseils généraux, fait-elle observer. En outre, même si le rôle des TISF en protection de l'enfance est maintenant mieux reconnu, il demeure néanmoins des disparités à cet égard entre départements et au sein même des collectivités. « Les TISF ont des compétences multiples à valoriser, un accompagnement éducatif spécifique à affirmer – un accompagnement qui n'est pas substituable et

ne se substitue pas à un autre », estime Fabienne Quiriau, qui appelle les professionnelles à « marquer leur différence ». Ce métier est, selon elle, en pleine évolution, ce qui contribue à sa richesse, mais « il y a encore quelque chose de l'ordre de l'inachevé ».

CAROLINE HELFTER

(1) Lors d'une journée d'échanges organisée à Paris le 5 janvier par l'association Famille et cité - Famille et cité: 70bis, rue du Commerce - 75015 Paris - Tél. 01 56 56 43 50 - www.famille-et-cite.asso.fr.

(2) « L'accompagnement éducatif mis en œuvre par les techniciens de l'intervention sociale et familiale dans le cadre de prises en charge aide sociale à l'enfance » - Etude conduite par convention entre Famille et cité et l'ETSUP, en collaboration avec l'université Paris-Ouest.

(3) Voir ASH n° 2733 du 18-11-11, p. 30.

(4) Paris (où l'association a deux équipes), Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Val-d'Oise.

La réflexion éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

