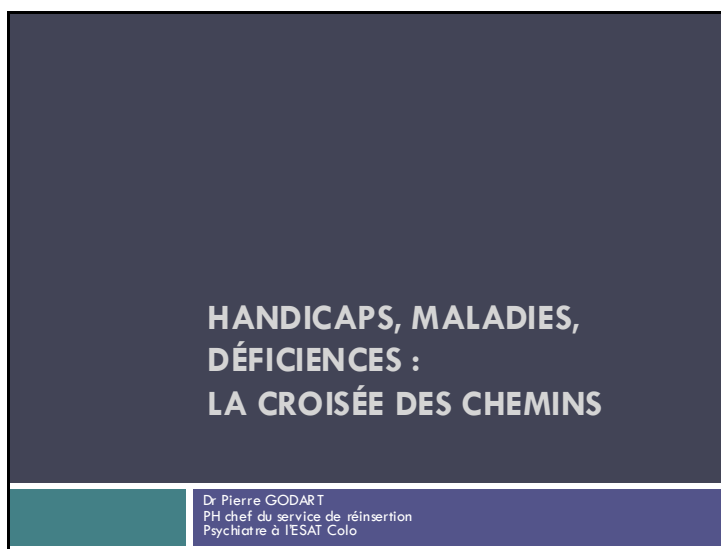


Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins :

Dr Pierre GODART

Séminaire organisé par l'ADAPEI à l'ITS le 10 octobre 2008

Diapositive 1



Bonjour,

Je suis le Dr Pierre GODART et je suis responsable du pôle des soins de réadaptation et de réinsertion du CHP¹.

Je travaille également à l'ESAT Colo et je connais beaucoup d'établissement (et de personnels de l'ADAPEI) particulièrement sur l'agglomération paloise. J'aborderai la question des articulations entre les intervenants dans les prises en charge des personnes présentant des déficiences et des handicaps ainsi que des personnes qui se retrouvent dans des situations de marginalisation. J'essaierai de « contextualiser » les réflexions de Pierre TAP.

¹ L'hôpital de jour « Tosquelles », les unités pour déficients, le foyer Bernadotte, les équipes d'aide à la vie sociale, l'équipe mobile de soins aux plus démunis, 2 unités d'hospitalisation complète, pour ceux qui connaissent.

Diapositive 2

Organisation après la loi de 1975

- **Sanitaire :**
 - les malades mentaux étaient soignés en psychiatries.
- **Médico-social :**
 - Les personnes présentant un handicap mental harmonieux étaient prises en charge dans des établissements médico-sociaux,
- **Social:**
 - Les personnes errantes ou marginalisées étaient prises en charge par les services sociaux,

Handcaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

Il y a encore une dizaine d'années, l'organisation des prises en charge était relativement simple :

Les malades mentaux ou considérés comme tels étaient soignés en psychiatries.

Les personnes présentant un handicap mental harmonieux étaient prises en charge dans des établissements médico-sociaux,

Les personnes errantes ou marginalisées étaient prises en charge par les services sociaux,

Cette organisation résultait de la loi du 30 juin 1975 qui a régi le fonctionnement des établissements médico-sociaux jusqu'à la loi du 2 janvier 2002 et celle du 11 février 2005.

C'est-à-dire 30 ans de pratiques, presque une carrière pour chacun de nous.

Diapositive 3

Maintenant

3

- Dans le secteur social, les travailleurs sociaux évoquent leur impuissance face aux problématiques psychologiques des usagers,
- Les équipes des établissements médico-sociaux évoquent souvent des inadéquations entre leurs compétences professionnelles et les publics qui sont accueillis,
- En psychiatrie, 1/3 des patients sont considérés en inadéquation dans l'hôpital.

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

À l'heure actuelle, tout est beaucoup plus compliqué :

- Les personnels travaillant dans le secteur social évoquent leur impuissance face aux problématiques psychologiques des personnes qui leur demandent de l'aide,
- Les équipes des établissements médico-sociaux évoquent souvent des inadéquations entre leurs compétences professionnelles et les publics qui sont accueillis
- Quant aux soignants en psychiatrie, ils considèrent souvent que les patients hospitalisés au long cours devraient bénéficier davantage des interventions des services sociaux ou médico-sociaux !

Et nous laissons de côté la grande question de la dépendance liée à l'âge.

La société a évolué, les patients ou les usagers également, les liens sociaux et les solidarités entre les citoyens se sont atténuées.

Mais aussi, la médecine a fait des progrès, particulièrement sur le plan de la prévention primaire ou secondaire (éviter l'apparition des troubles ou prévenir de façon précoce les conséquences néfastes d'une pathologie).

Diapositive 4

4

Les conséquences du clivage

- Attribuer la responsabilité des difficultés aux autres ?
- S'interroger sur les changements dans nos organisations ?
- S'interroger sur les changements dans l'exercice de nos métiers ?

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

Nos modalités d'organisation, les difficultés à travailler ensemble, l'évolution de la société, la nature des handicaps et ce qui est considéré comme normal et pathologique aboutissent à des orientations étonnantes et des résultats mitigés.

Un réflexe usuel, dans la difficulté, consiste à attribuer la responsabilité des problèmes que nous rencontrons aux *autres* : « cet usager ne relève pas de notre compétence ».

De façon plus réfléchie, nous pouvons aussi nous demander comment faire face aux changements dans nos professions.

Diapositive 5

L'unité de l'homme

5

- Les dysfonctionnement du corps et le handicap ?
- Le dysfonctionnement de l'esprit et la maladie ?
- Le dysfonctionnement dans la relation aux autres et la marginalisation sociale ?

⇒ Est-ce possible de différencier les problématique de cette façon ?

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

Dans chacun des grands secteurs d'intervention (social, médico-social, psychiatrique) nous retrouvons des personnes qui souffrent dans leur corps, dans leur être et dans leur relation aux autres. La problématique du corps n'est pas réservée aux personnes qui présentent un handicap, « la fatigue d'être soi » n'est pas particulière aux personnes considérées comme malades mentaux et le besoin de structures protectrices pour l'insertion est assez général.

Si nous souhaitons nous poser la question du changement, il nous faudra aborder la question de ce qui fonde l'être humain, ses difficultés et nos réponses.

- Nous devons nous poser la question de la dimension physique, organique, c'est-à-dire, d'une certaine façon, de la déficience.
- Nous devons aborder la dimension psychique, c'est-à-dire la question du « sujet » quel que soit le handicap, dans sa dimension personnelle, dans sa demande, en fonction de son histoire, des répétitions et de son enracinement familial et social.
- Nous devons nous poser la question de la relation et des interactions entre les personnes que nous accueillons, que nous aidons et les groupes dans lesquels ils sont insérés. Nous devons nous poser la question de leurs existences en tant que citoyens, acteurs dans la cité.

Diapositive 6

Le dispositif Passerelle : le projet

- Une ouverture vers le travail demandé par les personnes ayant un parcours psychiatrique.
- Un savoir faire des équipes des CAT/ ESAT
- Les limites des soins en psychiatrie
- Une coopération qui articule les compétences de chacun

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

A partir des ESAT de l'agglomération paloise se sont en effet développées des pratiques de coopération pour faciliter l'insertion sociale et professionnelle de personnes présentant un handicap d'origine psychique et bénéficiant, sur le plan médical, d'un suivi psychiatrique régulier, ou d'une prise en charge hospitalière, notamment dans le cadre des activités de réinsertion proposées par la Fédération du C.H.P des soins de réadaptation et d'aide à la réinsertion. Ces personnes étaient demandeuses d'insertion par le travail.

Les actions mises en œuvre grâce à cette collaboration se sont concrétisées par des périodes de stage en Centre d'Aide par le Travail pour des personnes en rupture avec une activité de travail souvent depuis fort longtemps, certaines d'entre elles n'ayant jamais connu d'expérience dans ce domaine.

La richesse des implications d'une telle démarche et la ressource que représente en la matière les C.A.T. contribuant de façon très active à ce processus de confrontation ou de re- confrontation à la réalité d'une organisation produisant des biens et des services dans un environnement structuré et adapté, n'est plus à démontrer.

La compétence des ESAT dans ce domaine montre bien les limites des soins uniquement psychiatriques et la nécessité de s'appuyer sur des établissements dont c'est le cœur de métier avec des compétences spécifiques.

Diapositive 7

« Passerelle » : Des histoires humaines

7

- Suzy :
 - De l'enseillade à Coustau en passant par le CHP le foyer Bernadotte, les appartements associatifs et le foyer du Bialé
- Joseph :
 - Vient de chez lui et arrive à Coustau en passant par les clématites, une longue période de vie dans la famille et une décompensation. Il retrouve un plaisir de vivre
- Michel :
 - Sort du Castel de Navarre, période chez lui, crise, séjour assez long au CHP puis intégration dans passerelle, et retour au projet initial

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

Suzy :

Cette femme issue d'une famille ayant de grandes difficultés sociale a vécu des périodes très difficiles, a vécu dans une caravane avant de venir vivre dans le Béarn. Elle a été orientée assez rapidement vers l'ESAT l'Ensoleillade où elle travaille environ dix ans. Suite au décès de sa grand-mère qui s'en était beaucoup occupé pendant l'enfance, elle décompense sur un mode dépressif (mais avec également des comportements assez difficilement gérables. Elle est hospitalisée au CHP pendant plus d'un an avant de m'être adressé. Il faudra encore de longs mois avant de pouvoir construire un projet de reprise du travail.

Le dispositif passerelle nous a beaucoup aidés car sans « soins », il lui est difficile de pouvoir accepter un certain nombre de règles des établissements. Mais, sans ESAT, chez une personne pour qui le travail a une grande importance, il aurait été impossible de la faire progresser. Elle est à présent à l'ESAT Coustau et au foyer du Bialé. Nous espérons pouvoir l'aider également à reconstruire un projet de vie plus autonome.

Joseph:

Pour ce jeune homme les médecins ont longtemps hésité entre un handicap isolé et un handicap compliqué par des troubles psychologiques sévères. Peut-être dans le doute, les parents ont choisi de le faire vivre à la maison avec une scolarité intégrée (il a fallu, cependant, des soins importants en psychiatrie infant-o-juvénile).

Tout allait bien jusqu'à l'âge adulte. Il a recommencé à présenter des troubles du comportement et un syndrome dépressif net.

Le conseil de parent de l'ADAPEI l'a conduit en ESAT. Cependant, le directeur de cet établissement a préféré s'appuyer sur la composante soins du dispositif « passerelle » et les soignants de l'hôpital de jour « Tosquelles ». Ce montage lui réussit bien et il a retrouvé du plaisir à vivre.

Michel:

Ce jeune homme a vécu son enfance dans des conditions difficiles. Il présente un retard mental qui nécessite un placement au Castel de Navarre. Vers 16 – 17 ans il reste chez lui et ne veut plus revenir au Castel. S'ensuit, une longue période de face à face avec ses parents, surtout sa mère, pendant laquelle il est laissé livré à lui-même. Les relations se détériorent et il frappe de plus en plus sa mère et la tyrannise.

Cela entraîne une hospitalisation au CHP. Ce séjour durera plus de deux ans (!). Le dispositif « passerelle » a permis de proposer à un directeur de le prendre en évaluation tout d'abord, puis dans le dispositif. Il a retrouvé beaucoup de camarades du Castel et se trouve tout à fait adapté à l'ESAT. Il faut noter que c'était le projet initial en IME, mais ce sont les liens noués dans le dispositif passerelle entre divers professionnels qui lui ont permis de revenir du monde du soin vers le monde du médico-social.

Commentaires : personne ne me fera croire qu'il y a « des malades psychiatriques » au sens d'une différence de nature avec d'autres personnes. Il y a des problèmes qui apparaissent à un moment dans l'histoire de la personne. Ce peut être tardif (à l'occasion d'un événement traumatique), ce peut être très tôt parce que le diagnostic n'a pas été fait, parce qu'il n'a pas pu être entendu. Ce peut être à l'adolescence parce qu'il est impossible pour la personne d'accepter ce que de bonne foi nous lui proposons : un statut d'handicapé.

Dans les trois situations, les personnes en difficultés parfois très graves ont été adressées vers les services de psychiatrie. Après un temps plus ou moins long, leur état clinique était stabilisé et il était possible d'envisager une resocialisation.

Or, celle-ci, dans le contexte habituel s'avérait très difficile.

L'objectif de l'ensemble des partenaires des ESAT et du service de psychiatrie dont j'ai la responsabilité a été de rendre possible ce qui était légitime.

À l'occasion du travail de réinsertion sociale par le travail, les équipes du secteur sanitaire et du secteur médico-social se sont découvertes et ont appris à travailler ensemble dans le respect de la spécificité de l'autre.

Diapositive 8

Le projet de MAS

8

- ◉ Prologue : une rencontre entre M. Plauchut et M. Garot (1999)
- ◉ le rapprochement des équipes de Rontignon et du CHP
- ◉ L'acceptation par le CHP de la légitimité de l'ADAPEI à conduire le projet
- ◉ Le travail d'élaboration du groupe de pilotage avec les administrateurs de l'ADAPEI
- ◉ La décision annoncée par le ministre au CHP
- ◉ Et le montage du dossier par les équipes de l'ADAPEI

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

L'idée de réaliser une MAS pour les personnes déficientes prise en charge au CH des Pyrénées a été pour la première fois concrétiser dans un projet d'établissement en 1996. Mais ce n'est qu'à partir d'une rencontre entre M. Plauchut et M. Garot (1999) que l'idée d'une réalisation commune ADAPEI et CH des Pyrénées a été évoquée.

Par la suite, à partir de 2003, les équipes de Rontignon et du CHP ont appris à travailler ensemble dans le cadre d'une petite commission créée par l'ADAPEI avec la participation de quelques familles membres du conseil d'administration.

Les grandes lignes du projet ont été présentées à la Ddass au printemps 2004, puis en novembre.

Mais, comme vous le savez certainement, c'est à l'occasion du drame au CHP et particulièrement lors de la visite du ministre de la santé pendant la nuit de Noël 2004 que ce projet a été présenté, si l'on peut dire, aux plus hautes autorités.

En février 2005, nous avons un accord de principe et le CROSS de septembre 2005 a permis un accord officiel.

Mais le projet de MAS porté l'ADAPEI et le centre hospitalier des Pyrénées est l'aboutissement d'un rapprochement progressif entre les professionnels éducatifs de Rontignon, les familles qui y ont confié leurs enfants, les administrateurs de l'ADAPEI et les équipes du centre hospitalier des Pyrénées. Notre questionnement, en fonction des situations concrètes des personnes handicapées, a permis à chacun de reconnaître les savoir-faire des autres.

Ce fut un de mes sujets d'étonnement les plus grands que de m'apercevoir qu'il pouvait exister également une ségrégation chez les malades les plus démunis et les plus déficients.

Initialement, il semblait inimaginable que des personnes issues du monde des IME, très déficitaires, puissent être pris en charge, hébergées et soignées dans le même établissement que des personnes soignées en psychiatrie (même si elles étaient originaires d'établissement pour enfants ou adultes très déficients dans les établissements gérés par l'ADAPEI ou les PEP).

En soignant les personnes qui présentent ses déficiences au fond on retrouve quelque soit le lieu de la prise en charge des étiologies assez similaires : organique (syndrome de West par exemple) ou psychique (l'autisme sévère). Le travail des années 2002 2003 et 2004 nous ont permis de mieux nous comprendre à force de nous confronter dans la réalité concrète avec les difficultés des personnes que nous avons en charge.

Et le jour de l'inauguration venue, je considérerais que ce sera une ponctuation forte dans l'histoire des relations entre nos deux établissements.

Diapositive 9

Exemple clinique

9

- ZOE :
 - ▣ Un handicap très tôt dans l'enfance
 - ▣ Une scolarisation impossible
 - ▣ une prise en charge en IME
 - ▣ un passage en CAT
 - ▣ une prise en charge en SAJH
 - ▣ une prise en charge en MAS
 - ▣ un certain nombre d'hospitalisations en psychiatrie
 - ▣ et un projet... D'intégration dans la MAS future de l'ADAPEI sur le site du CHP
- Une seule et même personne

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

ZOE :

Même si elle a eu quelques mois de développements à peu près normaux, Zoé a présenté très tôt dans l'enfance un handicap sévère. Ultérieurement, il est apparu qu'elle ne pourrait avoir une scolarisation en milieu ordinaire même avec l'aide de rééducation par les équipes de pédopsychiatries. Elle a donc été orientée vers un IME où elle a acquis quelques bases. Par la suite elle a été orientée vers un ESAT et un foyer. Je ne connais pas la durée et de son implication dans l'ESAT puisse que, lorsque je l'ai connu, elle était en SAJH (foyer occupationnel). Son séjour dans ce foyer a été émaillé d'un certain nombre d'hospitalisations en psychiatrie suite à des problèmes de comportement, en tout cas de comportements incompatibles à certains moments avec la vie dans le foyer.

L'évolution générale défavorable nous a plutôt amené à imaginer une prise en charge en MAS mais celle-ci n'a duré que quelques jours du fait de l'inadéquation de cette jeune femme à la structure.

Elle a donc été à nouveau orientée vers le CHP où elle se trouve à l'heure actuelle. Ce séjour se déroule à peu près bien ce qui nous permet d'envisager un projet d'intégration... dans la future MAS de l'ADAPEI sur le site du CHP

Malgré les différents lieux de prise en charge le Zoé est une seule et même personne et nous voyons bien que ce sont nos regards croisés qui permettent d'éviter qu'elle soit considérée comme incurable.

Diapositive 10

La question du social

10

- L'OGFA (organisme de gestion de foyers) et les CHRS
- La rencontre avec des exclus particuliers
- Les personnes qui ont « échappé » au système sanitaire et au système médico-social

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

Le troisième exemple de partenariat ne concerne pas l'ADAPEI directement, du moins apparemment, mais le secteur social.

Le département des soins de réadaptation a passé une convention avec l'OGFA (organisme de gestion des foyers amitié) qui gère deux CHRS (centre d'hébergement et de réadaptation sociale) et participe à l'accueil de nombreux SDF. Nous nous sommes retrouvés sur le terrain de l'insertion sociale. Leurs compétences en termes de logement et nos compétences en termes d'assistance et d'étayage aux personnes en situation de difficulté psychique ont permis la réinsertion tout à fait intéressante de 46 personnes.

Il est important de dire à l'occasion de cette journée que nous avons rencontrée dans les CHRS gérés par l'OGFA un certain nombre de personnes passées par les établissements de l'ADAPEI ou des PEP qui se sont marginalisées suite à un authentique handicap.

Il est également important d'insister sur le fait que la culture des associations intervenant dans le champ social est très différente de celles qui interviennent dans le champ médico-social. Leur capacité à penser l'intégration de la personne en difficulté sociale dans la ville peut nous apporter beaucoup lorsque nous cherchons à construire des projets pour des personnes en établissement depuis longtemps ou hospitalisées au long cours.

Diapositive 11

The slide is titled "Exemple : Franck" and contains a list of nine items describing a person's life path. The items are: "Une enfance malmenée," "Un passage en ITEP puis en ESAT," "Un renvoi," "Un retour raté dans la famille," "Une tentative de vie autonome en ville," "Quelques séjours en psychiatrie," "La rue, un squat ...", "L'intervention de l'équipe mobile", and "Actuellement en CHRS". At the bottom of the slide, there is a footer: "Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008".

Exemple : Franck

11

- Une enfance malmenée,
- Un passage en ITEP puis en ESAT,
- Un renvoi,
- Un retour raté dans la famille,
- Une tentative de vie autonome en ville,
- Quelques séjours en psychiatrie,
- La rue, un squat ...
- L'intervention de l'équipe mobile
- Actuellement en CHRS

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

J'ai rencontré Frank dans un CHRS, lui qui avait été autrefois en ITEP puis en ESAT avant de s'en faire renvoyer suite des problèmes de comportement, d'absences, jusqu'à ce qu'il excède la capacité de résistance de l'établissement.

Il s'est retrouvé alors dans sa famille jusqu'à ce qu'il quitte ses parents en plus ou moins bons termes. Il a vécu comme il pouvait en ville avec son allocation adulte handicapé sans pour autant se stabiliser dans un logement qu'il avait beaucoup de mal à habiter.

Il a effectué plusieurs séjours dans un des services de psychiatrie du centre hospitalier des Pyrénées pour calmer les angoisses les plus massives lorsqu'elles s'étaient présentées.

La gestion de son argent était très aléatoire malgré l'aide d'un curateur.

Il s'est retrouvé à la rue, puis en squat pendant plusieurs années jusqu'à ce que le service d'accueil et d'orientation des urgences sociales (115) l'adresse à un CHRS.

C'est un des infirmiers de l'équipe mobile qui a repéré sa détresse et qui me l'a adressé.

Il avait besoin d'être écouté, de recommencer des soins psychiatriques mais aussi d'être accompagné dans la vie sociale et de pouvoir refaire le parcours interrompu quelques années plus tôt dans le CAT qu'il fréquentait.

Je vous raconte son histoire aujourd'hui car elle me paraît exemplaire et qu'elle permet de voir que l'on retrouve des périodes de son histoire dans chacun de nos secteurs d'activité, dans chacun de nos champs d'action que l'on croit parfois si bien cloisonné.

Il me semble que chacun d'entre nous possède des clefs, des outils pour aider mais que, si nous sommes séparés les uns des autres, il sera bien difficile d'arriver à un résultat positif.

Car l'utilisateur, ou le patient, a besoin de toutes nos compétences.

Soit nous redoublons tous les métiers dans chacun de nos établissements (une équipe médico-infirmière, des éducateurs, des techniciens de l'insertion sociale, des spécialistes de l'hébergement et des habiletés sociales), ce qui sera bien difficile à faire accepter à nos tutelles ; soit nous travaillons ensemble, chacun apportant ses compétences.

Diapositive 12

Une approche globale

12

- Le handicap mental d'une personne n'aboutit pas à un adulte qui vaudrait moins que chacun de nous.
- Les troubles psychiques ne font pas des personnes qui souffrent des parias de la société, des gens dangereux ou des gens à rejeter derrière les murs de l'asile,
- L'errance sociale et la marginalité ne font pas des hommes et des femmes qui sont concernés, des personnes qui valent moins que moi ou que vous.

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

Au travers de cette approche qui peut sembler trop universaliste (« *tout semblant être dans tout* ») certains professionnels, certains responsables, certains administrateurs peuvent craindre un affaiblissement et une réduction de l'aide apportée aux personnes handicapées (au sens classique, celui qui prévalait avant 2005). Ce changement de modèle et ces changements de représentation (ce changement de paradigme disent les savants) peuvent légitimement inquiéter.

Cependant, je voudrais insister sur quelques questions théoriques (en espérant ne pas être trop complexe) qui permet de faire des ponts entre les différentes approches que nous évoquons.

1. Le handicap mental d'une personne ou les conséquences du développement perturbé d'un enfant n'aboutissent pas à un adulte qui vaudrait moins que chacun de nous.
Ce sont des hommes et des femmes qui, à leur façon, essaient de vivre c'est-à-dire d'articuler ce qu'ils perçoivent d'eux mêmes, ce qu'ils perçoivent des autres et ce qu'ils perçoivent des règles qui régissent le monde.
Ce n'est pas parce qu'ils ont besoin d'être plus ou moins aidés dans leur vie quotidienne qu'ils en sont moins humains à mes yeux mais, je le sais, également à vos yeux ou à ceux de l'ADAPEI.

2. Les troubles psychiques qui sont si répandus, qui touchent beaucoup de vos proches que ce soient des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées ne font pas des personnes qui en souffrent des parias de la société, des gens dangereux ou des gens à rejeter derrière les murs de l'asile.
Ce sont des hommes et des femmes qui, à leur façon, avec certainement des distorsions dans leur perception d'eux-mêmes, des autres et du monde, essaient de donner du sens à leur existence.
3. L'errance sociale, la marginalité ou l'impossibilité de vivre dans une société où les solidarités et les représentations se sont bien dégradées ne font pas des hommes et des femmes qui sont concernés, des personnes qui valent moins que moi ou que vous.

L'écoute et l'attention portée à des personnes prises dans des drames personnels avec un handicap, avec ce que l'on appelle les maladies mentales ou bien marginalisées, m'ont conforté dans l'idée que la norme est une fiction à laquelle chacun essaie de se référer. Je dis souvent : « chacun fait ce qu'il peut » avec ce qu'il a pu acquérir, ce que sa famille a pu lui donner ou les croyances auxquelles il peut adhérer.

J'ai beaucoup de mal à pouvoir dissocier ce qui serait du pur handicap physique (sans retentissement sur le psychisme), du pur en retard mental (sans retentissement sur le psychisme et l'insertion sociale), du pur handicap psychique (sans retentissement sur la capacité à être inséré dans une société).

Diapositive 13

La question de l'autonomie

13

- Des interventions fondées sur la déficience ou sur les compétences ?
- Une tradition de compensation par des établissements,
- Une ouverture vers une prise en compte des capacités des personnes handicapées,
- Une éthique nouvelle

Handicaps, Maladies, Déficiences : la croisée des chemins 10/10/2008

Il me semble que nous avons hérité d'un modèle de nos interventions qui repose :

- sur les incapacités,
- sur les déficiences
- ou le handicap des personnes

Nécessitant une protection justifiant des établissements.

Pour reprendre un modèle que je connais mieux que les autres, l'hôpital psychiatrique a été créé en 1838 tout à la fois pour offrir un « asile » aux personnes présentant des troubles mentaux mais également pour protéger la société. L'ouverture vers la vie en société n'est venue que bien plus tard en 1960 en théorie et dans les années 80 plus concrètement.

Les établissements, tels que les foyers sont encore pour beaucoup (particulièrement les parents) le modèle de référence pour protéger les personnes présentant un handicap.

Il en va de même dans le social, même si, longtemps, les établissements ont eu une piètre réputation.

Pour autant, les effets négatifs des établissements ont été décrits. Il s'agit essentiellement de tout ce qui en est de l'appauvrissement de la personne dans un système « totalisant » offrant tout à la fois le gîte et le couvert, les

règles générales de fonctionnement avec une pression aliénante de conformité à la norme.

Les établissements produisent aussi du handicap... même si cela n'est pas très politiquement correct de l'affirmer.

L'idée des « capacités », des compétences, des personnes handicapées, des personnes souffrant sur le plan psychique ou les personnes marginalisées sur le plan social n'est pas récente mais il est beaucoup plus facile de penser l'organisation d'un établissement plutôt que de s'interroger sur les pratiques, à leurs références théoriques ou éthiques.

L'idée de capacité des personnes présentant un handicap ou une vulnérabilité, me semble un repère très présent dans les approches des soignants en psychiatrie, des travailleurs sociaux dans les établissements ou dans la ville.

Nous pourrions reprendre la remarque de Mary Richmond en 1917 qui disait : « *Il est dangereusement facile pour les travailleurs sociaux d'assumer un rôle en somme égoïste et autocratique, et de se mettre à l'avant plan par des actions qui, désintéressées en apparence, forcent leurs clients à se cantonner dans le rôle passif d'obligés* ». Mais nous pouvons aussi dire en nous appuyant sur E. Lévinas qu'il nous faut aider chacun à s'humaniser, à trouver un sens au monde dans lequel il vit, à réaliser ce à quoi il aspire, sans le savoir parfois, à être plus libre aussi.

Même si nous ne parlions pas encore de « capabilités »

Diapositive 14

En guise de conclusion

14

- ▣ C'est la fin d'une époque
- ▣ Demain, les ARS seront nos interlocuteurs à chacun,
- ▣ Ce n'est pas tant une décision autoritaire administrative qu'une évolution après 30 ans des pratiques professionnelles.
- ▣ Vers la création d'un groupe de professionnelles venues de tous les horizons capables de réfléchir sur l'ensemble des solutions permettant de répondre aux besoins des usagers d'un territoire de vie

Handicaps, Malades, Dépendances - la trajectoire des cheminés 10/10/2008

Le changement que nous avons vécu ces dernières années dans le quotidien de nos pratiques, en articulation les uns avec les autres préfigure un changement administratif qui a été annoncé en 1996 au moment des ordonnances Juppé et qu'il ne pourra se faire vraisemblablement qu'avec les ARS (agence régionale de santé).

Les différentes lois relatives aux établissements médico-sociaux (de 2002 et 2005), les réformes hospitalières et celles de l'action sociale vise à modifier profondément le paysage avec un responsable unique le directeur de l'ARS (en 2010 vraisemblablement).

Ceci étant, la réorganisation administrative ne pourra pas être la force essentielle du changement.

C'est le travail des humains sur le terrain et les pratiques professionnelles, pour peu qu'elles prendront en considération les besoins des personnes qui font appel à eux, qui nous conduiront à des changements.

Il est de plus en plus difficile de penser l'insertion sociale de façon complètement différente pour des personnes marginalisées, handicapés ou souffrant de troubles psychiques stabilisés.

La multiplication des opérateurs se heurtera à la fois aux réalités économiques et aux réorganisations du grand champ associatif qui gère les établissements.

Tout le monde sait cela pour peu qu'il ait lu la presse spécialisée.

Je prêche, pour ma part, pour la mise en commun de tout nos savoir-faire et de nos compétences à partir d'une analyse commune des besoins en d'un territoire.

Cela concerne tout aussi bien les décideurs, les tutelles, qui sont parfois bien loin de la réalité du terrain que les opérateurs que nous sommes chacun dans mon domaine.

Cette journée devrait être pour moi une première avant d'autres permettant une "co-formation" par le croisement des savoirs des éducateurs, des soignants, des chefs de service, des délégués la tutelle etc.