

Docteur Pierre GODART

Psychiatre des Hôpitaux
Pôle des Soins de Réadaptation Réinsertion
Et Déficients Mentaux
Tél : 05 59 80 93 03
Fax 05 59 80 95 34
Mail : pierre.godart@orange.fr

Psychiatre à l'ESAT Colo (ADAPEI)

Réponses à la liste des questions préparées par les professionnels de l'ADAPEI, à l'intention des intervenants du séminaire du vendredi 10 octobre 2008, sur la sante mentale.

Les professionnels de l'ADAPEI nous ont transmis 21 questions à proposer aux deux intervenants lors du débat qui clôturera notre matinée de vendredi.

Nous les avons numérotées et regroupées en 6 thèmes généraux (certaines d'entre elles relèvent de deux thèmes différents, et apparaissent donc 2 fois).

Nous remercions les intervenants de l'analyse qu'ils en feront, et des réponses qu'ils pourront peut-être y apporter.

I – L'ACCUEIL DES PERSONNES PRESENTANT UN HANDICAP PSYCHIQUE PAR LES EQUIPES DE PROFESSIONNELS :

1. L'adaptation à un nouveau type de public d'autres problématiques, ne constitue t'elle pas une complexification de la mission à rendre auprès des usagers, dans un secteur déjà en quête identitaire ?

Comment envisagez vous l'accompagnement des équipes prêtes à accueillir ces personnes provenant du secteur psychiatrique ?

Il est tout d'abord important de rappeler que les publics actuellement pris en charge dans les établissements de l'ADAPEI, sont loin d'être homogènes.

À titre d'exemple nous pouvons évoquer :

- **Trisomie 21** : le modèle type du retard mental harmonieux. Mais, comme j'ai eu l'occasion de le dire, soit en séance, soit en aparté, ce groupe comporte des personnes très différentes avec des caractères, des compétences et des socialisations variées,
- **Des troubles du développement**, touchant particulièrement le cerveau suite à des maladies épileptiques plus ou moins sévères. S'il existe des traits de caractère commun, il y a cependant de grandes variations dans leurs modalités d'être dans la vie quotidienne,
- **Des psychoses infantiles** plus ou moins dysharmoniques, accompagnées de retard mental. C'est un public assez mal connu, car mal repéré dans les établissements. Ce sont eux, entre autres, qui ont des pharmacies un peu pléthoriques,
- **Des retards mentaux légers** à la limite de l'insertion au milieu ordinaire,
- **Des personnalités pathologiques de type abandonnique.**

Et j'en laisse beaucoup.

Si nous parlons de la complexification des missions, ce devrait déjà être envers ces publics que nous recevons déjà.

Mais l'enrichissement de nos modalités d'intervention, pour les publics qui se trouvent déjà dans les établissements de l'ADAPEI, devraient profiter aux nouveaux publics.

En conséquence, c'est davantage les évolutions de la profession et des techniques professionnelles qui sont requises pour exercer (dans un contexte social qui bouge), qui rendent plus complexe le travail des professionnels.

La question de l'identité reposera obligatoirement sur l'acquisition de ces nouvelles modalités d'être professionnels, plutôt que sur la conservation des modèles antérieurs.

Concernant l'accompagnement, je ne vois pas de différence fondamentale, mais nous y reviendrons.

2. Comment se comporter face à une personne relevant de troubles psy et comment l'amener à se soigner ?

Je commencerai par dire que l'équipe de l'établissement (psychiatre, psychologue), doit éclairer les professionnels dans les ateliers ou dans un foyer, pour favoriser les meilleures réponses.

L'orientation vers des soins plus lourds, en milieu hospitalier par exemple, relève aussi de l'équipe et de la direction de l'établissement.

L'équipe des moniteurs ou des éducateurs devrait, elle, être capable d'alerter les usagers, avec tact, sur les changements qu'elle perçoit, vraisemblablement en moins bien si l'on évoque ultérieurement les soins.

3. Quelle formation faut-il avoir pour travailler avec des usagers présentant des troubles mentaux ?

Beaucoup de personnes peuvent travailler avec des usagers présentant des troubles mentaux. De façon classique, avec des mots anglo-saxons parce que c'est plus parlant, il faut séparer le « cure » du « care ». Le mot « cure » renvoie à la dimension active et technique du soin. Le mot « care » veut dire *prendre soin* de quelqu'un.

S'il s'agit de (« cure ») : soigner, mieux vaut devenir psychiatre, psychologue ou infirmier !

S'il s'agit de « care » : prendre soin, beaucoup de personnes peuvent être aptes à travailler avec des personnes présentant des troubles mentaux. Si nous parlons d'un ESAT, les moniteurs d'atelier seront tout à fait adaptés ! Pour être moniteur dans un atelier, mieux vaut avoir une compétence technique, mais également une compétence à la dynamique de groupe. Cette compétence permettra de percevoir assez rapidement les difficultés individuelles (repli, le refuge dans les rêves etc), ou relationnelles (isolement, tracasseries, risque d'explosion) ; elle permettra également de cloisonner un atelier quand cela est nécessaire, ou inversement d'éviter qu'il y ait des possibilités de se cacher.

Il n'y a pas tant besoin d'une formation universitaire, que de groupes de réflexions sur la pratique, permettant de s'interroger sur les interactions que l'on peut avoir avec tel ou tel usager (mais bien évidemment ce n'est pas spécifique à l'accueil de malades ayant fait de longs parcours hospitaliers).

4. Comment faire cohabiter des usagers relevant d'un handicap mental, et des usagers relevant d'une pathologie mentale ?

L'hétérogénéité des publics accueillis dans des établissements de l'ADAPEI est déjà assez importante, comme je l'ai indiqué plus haut. Dans certains foyers, les personnes handicapées sont réparties par groupes de niveaux, ce qui nécessite, cependant, un savoir-faire pour faire des sous-groupes dans un groupe.

Les personnes présentant ce que vous appelez une pathologie mentale, pour peu que les troubles soient stabilisés, vont peut-être poser des problèmes, du fait du niveau intellectuel plus élevé, mais leurs problèmes d'insertion et d'habileté au quotidien les rapprochent considérablement des personnes présentant un handicap mental.

5. Comment **apprivoiser les peurs des professionnels** face au handicap ou à la maladie ;
peurs : source d'inhibition professionnelle ?

Je ne sais si je peux dire quelque chose concernant la peur. Il me semble que c'est un sentiment personnel, et qu'il s'agit d'un sentiment qui est en rapport avec la façon dont les symptômes de la personne malade mentale peuvent résonner chez la personne qui craint.

Comme vous y faites, semble-t-il, allusion, d'autres personnes se sentent apeurées devant le handicap physique ou profond (j'en ai connu) et j'en fais une analyse assez constante : le handicap leur renvoie quelque chose d'impossible, sur lequel il est bien difficile de travailler.

6. Comment définir la notion de **distance thérapeutique** afin d'éviter les **comportements miroirs** du professionnel face à l'usager ? comment travailler cette distance thérapeutique ?

La bonne distance thérapeutique, c'est celle qui permet « d'être dans le paysage de l'autre » et que cet autre puisse accéder à ce que nous sommes, de telle façon qu'il puisse y avoir une rencontre avec un peu de contenu.

Se mettre dans « le paysage de l'autre » implique, que l'on oublie (un temps) son propre paysage, (ce qui veut dire également que l'on en a un minimum de connaissances - ce qui n'est pas fréquent). Cela évitera les comportements miroirs dont vous parlez.

Par contre, se situer en permanence à cette distance proche, sans pour autant être trop fusionnel, est un exercice difficile. C'est à cette distance que nous sommes capables de pouvoir entendre l'usager dans ce qu'il a de plus vrai à nous dire, et que nous pourrons comprendre ce qui le touche, ou ce qui le blesse.

7. (doublon)- Quelle **éthique doit-on faire vivre dans le secteur sanitaire et social** ?

L'éthique, de mon point de vue, ce sont les références et les valeurs auxquelles on se réfère, et c'est donc quelque chose qui amène les professionnels à s'interroger. De mon point de vue l'éthique est une réflexion collective, et non pas une position personnelle.

Avec les deux présentations que nous vous avons faites, il semble évident que nous nous référions aux valeurs suivantes :

- Le caractère humain, inaliénable, de chaque personne handicapée
- Qu'à ce titre, la personne ne peut pas être considérée comme un objet de soins, même de bons soins
- la personne handicapée est une personne pleine et entière, avec ses capacités et ses capacités, pour parler comme Pierre Tap. Elle a des capacités, mais elle peut **être** en capacité de réaliser, plus ou moins, des choses dans le quotidien, dans la formation, dans le travail.

- Notre rôle, notre responsabilité, notre engagement, ne sont plus de conserver intactes les possibilités initiales de la personne handicapée (mentale ou psychique), mais les développer, en fonction d'un plan de développement, et en accord avec la personne handicapée.

II – LA REPOSE INSTITUTIONNELLE V/S LE RESPECT DES PARTICULARITES DES PERSONNES :

1. Comment accompagner et gérer les interactions entre des publics très différents, dans l'intérêt et le respect de chacun ?

Je suis un peu étonné par cette question, car déjà, dans le concret de notre travail dans les établissements, il existe des différences marquées. Que l'on appelle ces différences, comme autrefois, « bas-niveau », « haut-niveau », ou autrement, nous composons, vous composez avec les situations individuelles concrètes des personnes que vous avez en charge.

Mais, j'imagine que vous faites référence à des différences en rapport avec le parcours psychiatrique des personnes accueillies.

Il peut y avoir des différences entre les personnes que l'on imagine plutôt dans la clientèle de l'ADAPEI, et celles que l'on se représente à partir de leur histoire psychiatrique, sur les modalités du parcours, l'absence de problèmes physiques, ou des questionnements intellectuels étranges. Je ne pense pas que la distinction puisse porter sur les comportements violents, qui se produisent également à l'ADAPEI (mais peut-être, cela porte sur la possibilité de compréhension des comportements ?). Les personnes présentant un handicap psychique, peuvent avoir également de plus grandes difficultés relationnelles.

Mais quel que soit le type de différence, nous ne devrions pas être en difficulté si notre éthique se fonde sur la reconnaissance de l'autre, tel qu'il est, et sur l'aide, quel que soit le handicap. Si nous nous appuyons sur les outils que nous a présentés Pierre Tap (que ce soit la théorie des « capacités » ou le modèle AGIL de Talcott Parsons, la théorie de Maslow ou les stratégies de personnalisation), nous aurons la possibilité d'aider la personne (peut-être faudra-t-il aller chercher d'autres compétences auprès de professionnels qui n'appartiennent pas à l'association, et qui seront partenaires à cette occasion).

Le respect, c'est l'analyse et la prise en compte de la problématique de la personne handicapée, avant d'élaborer un projet avec elle.

2 Face aux difficultés psychiques (passagères ou durables) que rencontrent certains usagers, nous nous sentons quelquefois impuissants, pris entre le respect de la liberté de chacun et la nécessité d'intervenir. Comment résoudre ce dilemme dans l'intérêt des personnes accompagnées, à partir des dispositifs existants ?

Bien évidemment, il existe un certain nombre de situations dans lesquelles nous sommes dans l'incapacité de répondre. Les difficultés psychiques ne sont pas réservées à ce que l'on considère être des malades mentaux. En conséquence, de temps en temps, il y a des phases d'angoisse, de dépression, de délire parfois, ou d'agitation dans les établissements ou les services.

La plupart du temps, les professionnels, au travers des réunions, parviennent à comprendre ce qui est en cause, et élaborent des stratégies qui permettent la résolution des difficultés.

Parfois, une hospitalisation est nécessaire (pour faire une coupure, pour s'appuyer sur des compétences qui n'existent pas dans l'établissement ou pour ajuster un traitement). Il

revient alors à l'équipe, de prendre, dans le respect des valeurs et de l'éthique professionnelle, les décisions les meilleures.

L'éthique n'est pas quelque chose de figé. Ce n'est pas une décision personnelle qui doit emporter la décision. C'est la réflexion des professionnels à partir des questions qu'ils se posent pour la personne, qui aboutira à des propositions et des actes. Une équipe qui travaille régulièrement sur les problématiques des usagers, permet de garantir le respect éthique et de la liberté. Cela, même si les décisions prises n'entraînent pas l'adhésion de l'utilisateur.

Le dispositif passerelle, de ce point de vue, permet d'éviter un dilemme ancien entre le maintien dans l'établissement, à tout prix, et le sentiment de rejet que représente l'hospitalisation.

De la même façon, le travail en commun entre les équipes de la MAS et des unités de déficients mentaux du centre hospitalier des Pyrénées, protège des représentations, des projections et des rejets.

3 Concernant les personnes présentant un handicap psychique, la normalisation par le biais d'un travail, y compris en ESAT, au travers d'une reconnaissance sociale, convient-elle vraiment. Est-elle compatible avec l'épanouissement du « sujet » ? ; plus simplement dit : "faut-il à tout prix, avoir l'envie folle de mettre au travail les malades mentaux ?"

Je suis un peu étonné du terme de normalisation qui fait référence, bien entendu, aux normes. Cette question a fait l'objet de bien des discussions des psychiatres, des psychologues mais aussi des sociologues. Je pense, entre autres, au travail sur le « normal et le pathologique » (Canguilhem) mais l'on pourrait penser également à « normal et déviance » (Nabil Rifai).

Cette question des normes était plus simple, lorsque que les grandes utopies imposaient leur modèle à chacun d'entre nous.

À ces époques chacun devait être : un bon père ou un bon fils (une bonne mère ou une bonne fille), se comporter en bon chrétien, se battre pour la patrie et être un bon travailleur...L'insertion était à ce prix. Ne pas se conformer aux normes aboutissait à la prison ou à l'asile !

Je ne vais pas m'étendre sur l'affaiblissement de ce type d'idéal, attaqué aussi bien par des périodes de chômage général, la perte constante des convictions religieuses, le repli communautaire ou le manque d'engagement dans les associations.

La représentation de soi, des autres et de la relation sociale, est beaucoup plus incertaine (d'où « la fatigue d'être soi » Ehrenberg). Cela est vrai aussi bien pour nous que pour les personnes qui présentent un handicap ou les personnes qui présentent des troubles psychiatriques.

Qu'en est-il donc du travail ?

- Nous pouvons travailler pour gagner de l'argent, mais, dans le cas des personnes handicapées mentales ou psychiques, nous savons que le gain est faible, eu égard au dispositif d'aide financière (AAH etc.).
- Ce qui se joue avec le travail, au-delà de la question de la rémunération, c'est la question de la reconnaissance. La reconnaissance par autrui d'une certaine compétence, la reconnaissance par la société d'une certaine utilité et d'une certaine place. Cette reconnaissance par l'autre a des effets sur soi : *le travail devient un médiateur décisif de la construction de son identité* pour parler comme Christophe Dejours.
- L'aliénation par le travail est une autre question et, si je peux me permettre, souvent une question projective, celle de sa propre souffrance au travail.

- D'ailleurs, votre question sur « *l'envie folle de mettre au travail...* », semble directement issue de la réflexion d'Hegel dans sa métaphore du « maître et de l'esclave ». Pouvons-nous réellement utiliser cette approche qui disqualifierait les ESAT en tant qu'outil d'intégration sociale pour des personnes handicapées (quel que soit le handicap) ?
- Le « sujet », puisque vous en parlez, compose tout à la fois avec la réalité intérieure, avec l'histoire de la personne et les possibilités d'actualisation dans le vécu quotidien.
- Pour ce qui concerne les personnes qui ont présenté à un moment de leur vie une détresse psychiatrique importante, la phase de reconstruction passe de façon classique, elles nous le répètent quotidiennement, par la possibilité de retrouver de l'affection, un logement, du travail.
- C'est la raison pour laquelle elles fréquentent le SIFA, qu'elles demandent une *reconnaissance* de "travailleur handicapé" ou à bénéficier du dispositif passerelle.
- Cependant, la question de la possibilité de travailler se pose, c'est la raison pour laquelle nous proposons des outils d'évaluation conjointement (équipe d'ESAT et équipes de soins).
- Mais il est également intéressant de se poser la question pour les personnes qui se trouvent déjà dans les ESAT, et pour lesquelles, nous pouvons nous demander, parfois, le sens de leur mise au travail, et de la possibilité pour elles, de se réaliser dans des conditions bien éloignées de leur niveau de fonctionnement (du fait de l'âge, du fait du vieillissement précoce, du fait de l'inadéquation –ex : *amendement Creton*).

4 La question d'ESAT dédié à ce type de population serait-elle pertinente ?

Il me semble que la question d'ESAT spécialisé, pour des personnes relevant d'un handicap psychique se posait dans la période des années 1980 - 1990, c'est-à-dire dans le cadre de la loi de 1975 sur la séparation du secteur sanitaire et médico-social.

Dans cette logique là, dans chacun des secteurs d'activités, il pouvait être envisageable d'avoir tous les outils et les métiers permettant la prise en charge du public bien spécifique.

Les présentations de Pierre Tap et la mienne, insistent sur une problématique beaucoup plus globale portant sur l'ensemble des difficultés quelles que soient leurs origines.

Le cadre dans lequel nous nous trouvons depuis la loi du 2 janvier 2002, et du 11 février 2005, et vraisemblablement, celle qui va être votée en novembre concernant les territoires de santé, est bien différente. Nous serons dans une logique de territoire avec des établissements ou des services, ayant à offrir leurs services à l'ensemble de la population, en fonction de leurs compétences.

Indépendamment de cette logique administrative, j'ai affirmé lors de mon intervention, que la fréquentation assidue des établissements médico-sociaux, m'avait convaincu de la pertinence des pratiques réalisées, d'une façon globale, et de la compétence des professionnels, à pouvoir répondre à des handicaps très variés. J'ai insisté sur le fait que les personnes handicapées actuellement reçues dans les établissements de l'ADAPEI, étaient beaucoup plus variées que les représentations que nous pouvons en avoir.

En conséquence, je suis favorable à un partenariat fort entre les établissements médico-sociaux ou sociaux et les services de psychiatrie de l'hôpital, dans une logique de trajectoire et en évitant les logiques d'exclusion.

Ce sont ces pratiques d'ouvertures qui sont à la fois les plus efficaces, cliniquement parlant, et les moins coûteuses à la société.

III – LE PARTENARIAT – LA COMPLEMENTARITE ET LES PARTICULARITES DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL :

1. Quel peut-être l'apport du secteur médico-social auprès de personnes suivies occasionnellement par l'hôpital psychiatrique ?

Je commencerai par commenter les mots « suivis occasionnellement » pour l'opposer à une prise en charge continue.

La représentation que l'on peut avoir des troubles psychiatriques est complexe. On peut opposer maladie aiguë, qui implique une résolution assez rapide dans le temps, aux maladies chroniques, que l'on peut soulager mais que l'on ne sait pas guérir. Pour reprendre un mot qui a été formulé le jour du séminaire, nous savons stabiliser des personnes présentant des troubles psychiatriques quand ces troubles sont chroniques.

Lorsque les personnes ont des troubles stabilisés, elles relèvent, si nous prenons la terminologie de la loi du 11 février 2005, d'un handicap psychique (plus ou moins important).

C'est à ce moment-là que la technicité, les équipes et les établissements du secteur médico-social peuvent rendre de grands services aux personnes handicapées psychiques.

Il existe en effet dans le secteur médico-social, des réflexions et des pratiques qui ont fait leurs preuves dans la prise en charge du handicap. Particulièrement tout ce qui concerne la notion de compensation d'un handicap ou de prise en compte du handicap dans un projet de vie.

Il est important de dire que le secteur médico-social, logiquement, est beaucoup plus opérant pour tout ce qui concerne les projets de vie, que le secteur sanitaire qui lui, logiquement, est plus à l'aise avec les projets de soins.

2. Le recours à des structures relevant du secteur médico-social accueillant des personnes en situation de handicap, n'est-il pas, en creux, l'échec de l'ouverture des hôpitaux psychiatriques, dont on sait qu'elle n'a pas été suivie des moyens nécessaires ? Peut-on y voir, à terme, une fragilisation de notre secteur d'activité ?

Comme j'ai eu l'occasion de le dire à plusieurs reprises, la période des années 80 et 90 a été caractérisée par la coupure entre le champ sanitaire et le champ médico-social. C'est dans cette période que les hôpitaux psychiatriques se sont ouverts et que les pratiques dites « de secteur » ont été développées.

La psychiatrie de secteur a commencé par l'ouverture de centres de consultation (CMP), d'hôpitaux de jour, puis de centres d'accueils thérapeutiques à temps partiel (CATTP) au plus près des usagers. Cela a plutôt bien fonctionné avec une prévention évitant l'hospitalisation, un raccourcissement des séjours et des soins après l'hospitalisation prévenant les rechutes.

Cela s'est traduit par une diminution assez importante du nombre de lits d'hospitalisation et une réaffectation des personnels dans les structures de soins extrahospitalières. Quand vous dites que cette ouverture n'a pas été accompagnée par les moyens nécessaires, on peut en discuter. Pour ma part, je considère qu'une partie des gains liés à la fermeture

des lits a été partagée entre les caisses de sécurité sociale¹ effectivement, mais également par les personnels (modification profonde de l'organisation du travail).

Ce qui est assez difficile dans les hôpitaux psychiatriques à l'heure actuelle, particulièrement pour ce qui concerne la pratique dite « de secteur », c'est l'ouverture à d'autres partenaires.

Pour ne pas prendre toujours le monde du handicap comme sujet de débat, nous pouvons réfléchir autour de la prise en charge des personnes âgées. Dans les années 80, un certain nombre de personnes âgées était quasiment abandonné dans les hôpitaux psychiatriques, ce qui avait un coût déraisonnable pour des prestations inadéquates. Dans les années 90, au centre hospitalier des Pyrénées, le Docteur Guillaumot a proposé un modèle à un certain nombre de maisons de retraite (et à l'hôpital général), dans lesquels, le service de psychiatrie est le lieu de l'hospitalisation des phases aiguës, tandis que le patient retourne dans sa famille ou dans un établissement lorsque son état est stabilisé (même si cela est transitoire).

Cela ne fragilise pas la compétence des établissements, il me semble au contraire que cela les situe dans leurs compétences.

La politique de développement d'établissements pour personnes âgées, accompagne l'évolution démographique du Béarn. Mais dans le même temps, cette politique s'articule avec le changement dans le positionnement hospitalier depuis la loi de 1991.

Au final, le nombre de personnes âgées hospitalisées en psychiatrie au long cours, a diminué de plus de 50%, tandis que les prestations psychiatriques dans les établissements pour personnes âgées, ont augmenté de façon notable (même si les responsables souhaitent davantage de prestations).

Ce type d'évolution est plus difficile concernant le handicap, tout d'abord parce que le dialogue entre les acteurs du champ médico-social et sanitaire a été beaucoup plus tardif². De plus, le schéma départemental du handicap a été écrit très récemment, et les collectivités locales (conseil général) ne se sont pas encore approprié complètement la problématique de la loi de 2005. La création d'établissements nouveaux n'est pas encore une priorité et l'analyse commune des problèmes posés par les situations de handicap n'est pas encore possible.

Pour prendre un exemple concret, il y a peu ou pas de foyers occupationnels sur la zone paloise. Le choix de l'ADAPEI dans les années 70 était plutôt les CAT avec foyer. À l'intérieur de ces foyers se trouvent des personnes qui sont en très grande difficulté avec le travail, pour lesquelles l'ADAPEI a aménagé le quotidien, sans pour autant offrir des places à des personnes qui se retrouvent : ou à leur domicile, ou très loin de leur domicile ou ... à l'hôpital psychiatrique !

Il y a également dans les foyers, des personnes pour lesquelles un projet de réinsertion en milieu ordinaire pourrait être envisagé. Mais nous ne savons pas développer des outils plus légers que les foyers tels qu'on les retrouve dans le secteur social (maison relais, résidence accueil, appartements collectifs).

Ces exemples ont pour objectif d'insister sur le fait que le modèle médico-social nécessite une analyse de pertinence de ces établissements³, de leurs nombres ou de leurs tailles.

¹ Pour le financement des hôpitaux généraux, des CHU ou de la médecine libérale, un directeur de la direction des hôpitaux disait en 1983 que la psychiatrie était un « gisement de productivité ».

² L'ordonnance de 1996 est encore ambiguë, puisqu'elle indique que les établissements sanitaires peuvent développer des activités dans le champ médico-social.

³ Pour éviter de se retrouver comme les PEP avec le déficit de leurs maisons à caractère social.

Mais également pour dire que les lits hospitaliers sont, pour une partie, occupés par des personnes relevant de la prise en charge médico-sociale, bien stabilisées, ne pouvant pas travailler et nécessitant des places en foyer occupationnel.

Ce que vous appelez l'échec de l'ouverture des hôpitaux psychiatriques repose, à l'heure actuelle, sur ce problème des patients chroniques stabilisés, nécessitant une place en foyers occupationnels, que l'on a chiffrés à 60 environ au CH des Pyrénées. Tant que les services de psychiatrie sont dans l'impossibilité de pouvoir trouver des alternatives à l'hospitalisation de ces patients, ils restent relativement frileux pour une ouverture sur le champ médico-social, ce qui apparaît davantage comme apporteur de problèmes que de solutions⁴.

3. La complémentarité sociale, Médico-sociale, sanitaire, ne va pas de soi du fait des cultures différentes, des missions différentes :

- ✓ Avons-nous des valeurs communes ? Si oui, pouvons-nous les définir ?
- ✓ À partir de ces valeurs communes, comment construire cette complémentarité afin de répondre au mieux aux besoins du sujet ?

Je pense effectivement, que le partenariat, la complémentarité entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ne va pas de soi. Dans la difficulté, chacun a tendance à se replier, particulièrement quand toute la logique administrative et toute l'histoire renforce des mécanismes humains traditionnels de clivage et de projection.

Pour autant, il me semble que nous pouvons définir des valeurs communes, à commencer par une éthique de responsabilité vis-à-vis d'autrui plus fragile, plus en difficulté, à l'intérieur d'une société dans laquelle il est difficile de trouver une place.

Il me semble que tout au long du séminaire du 10 octobre, nous avons abordé la question de la personne en tant que « sujet », et non en tant qu'objet (de soins ou d'éducation). Je pense également à la dignité qui, je l'espère, est une valeur partagée.

Nous reconnaissons à la personne malade ou handicapée, son appartenance à l'humanité, et la légitimité de son développement personnel dans la société.

Cela paraît être un des principes trop généraux, mais je décline très vite en disant que c'est au nom de ces principes que nous devons soigner les personnes, handicapées ou malades, lorsqu'elles ont besoin de soins. Nous devons leur proposer un accompagnement en établissement lorsque que ces établissements peuvent leur apporter de façon digne, un développement personnel, et que nous devons favoriser leur insertion dans la société, aussi bien hors l'hôpital, que hors les établissements spécialisés, lorsque cela est possible, lorsque cela correspond au projet des personnes, et lorsque cela ne les mettra pas en danger.

D'où l'intérêt de travailler ensemble sur des outils permettant l'analyse des situations des personnes dont nous nous occupons. J'insiste, une fois encore, pour dire que dans chacun de nos établissements, se trouvent des personnes relevant d'un autre type de prise en charge que celui nous lui proposons.

4. (doublon)- Quelle éthique doit-on faire vivre dans le secteur sanitaire et social ?

J'ai déjà évoqué à plusieurs reprises les références éthiques. J'insisterai surtout sur deux mots : reconnaissance et responsabilité.

⁴ Je voudrais également insister sur l'augmentation très importante de la demande vis-à-vis des établissements psychiatriques depuis 1995 ce qui rend très difficile l'accomplissement de l'ensemble des missions des services.

La reconnaissance, c'est non seulement comme je l'ai évoqué plus haut avec Christophe Dejourn, en proposant aux personnes fragilisées, des outils pour se reconnaître et être reconnues, mais c'est aussi la reconnaissance comme interrogation des intervenants sur l'altérité de la personne aidée, et la nécessité de se remettre en cause pour pouvoir la reconnaître.

Responsabilité, dans son sens étymologique, "*se porter garant de*". Bien évidemment, nous pensons immédiatement que nous devons nous *porter garants* des personnes en grandes difficultés, précarisées, handicapées, malades ; mais nous devons également faire tout ce qui est possible pour que ces personnes puissent se *porter garantes* d'elles-mêmes, du mieux qu'elles peuvent, dans le processus de soins ou d'éducation.

Cela demande un travail long et compliqué, d'autant qu'il ne se joue pas seulement entre deux personnes, mais qu'il fait intervenir aussi bien la famille, l'école, l'entreprise, le quartier, l'établissement, etc.

5. Sur quoi va se fonder le partenariat entre les différentes structures, en sachant qu'aujourd'hui, il y a une **méconnaissance des missions de chacune ?**

La réponse pourrait être dans la question ! S'il existe une méconnaissance des missions de chacun, ce que je crois, il est nécessaire d'organiser des formations communes sur les missions et les rôles de chacun.

Je pense qu'en réalité, c'est plus compliqué, car la dimension multifactorielle des situations que nous rencontrons amène chacun, régulièrement, à être dans le champ de l'autre.

Pour prendre une situation que je connais bien, à l'hôpital, j'observe régulièrement les infirmières qui s'interrogent sur des problématiques sociales (elles jouent le rôle du curateur, elles servent d'interface avec la famille, elles organisent le travail etc.), tout en délaissant, parfois, les fonctions de soignantes avec lesquelles elles sont moins à l'aise (pour certain(e)s: l'écoute de personnes qui disent parfois toujours la même chose, l'utilisation des médiations que sont les activités thérapeutiques, pour permettre à la personne soignée d'articuler son histoire, ses difficultés, ses relations avec les autres.

J'ai également eu ce genre de difficultés avec des personnels éducatifs qui mélangeaient parfois les interventions éducatives et psychothérapeutiques.

Les glissements de tâches ne sont pas seulement les problèmes d'organisation, ce sont parfois des mécanismes de défense.

En conséquence, si l'on souhaite travailler sur une meilleure connaissance du travail des autres partenaires, il faut aussi être capable de pouvoir mieux reconnaître dans son positionnement les fonctions éducatives, pédagogiques, soignantes ou d'insertion.

6. Comment différents partenaires peuvent-ils **partager la même évaluation diagnostic et un projet commun pour un même usager ?**

Dans l'intervention de Pierre Tap, les différents modèles de « personnalisation » qui ont été évoqués, me semblent pouvoir être partagés par des équipes éducatives ou soignantes, quel que soit le lieu de leurs interventions.

Pour prendre son premier modèle, celui des « capacités » d'Amartya Sen, l'analyse des ressources me semble devoir être faite en équipe pluridisciplinaire dans un établissement. Mais il n'y a aucune raison qu'il ne soit pas possible de le faire entre plusieurs acteurs de champs différents.

Lorsque dans un établissement médico-social, nous faisons un projet individuel, il y a la notion de « diagnostic » commun, qui aboutit à un projet avec « l'utilisateur ». Lorsque les personnels soignants de l'hôpital de jour travaillent avec le personnel d'un ESAT dans les réunions prévues tout au long du dispositif passerelle, il y a une logique d'analyse des ressources et des compétences des personnes aidées (et bien évidemment des entraves à la liberté), permettant d'orienter le projet de la personne vers la poursuite de son projet professionnel, vers le retour dans un service de soins ou tout autre chose.

Il me semble que c'est plutôt les difficultés de théorisation de notre action qui posent problème, ce qui rend difficile la possibilité d'échanger entre professionnels.

Chez les soignants, le modèle prégnant, officiel, est celui des « besoins » de Virginia Henderson. Ce n'est pas celui que je préfère, mais, même celui-là plutôt simpliste, est peu utilisé sauf par les stagiaires de l'école d'infirmières !...

Les infirmières plus expérimentées vont utiliser le modèle... de leur expérience ! Un mélange d'empathie, de compétences accumulées et de contre-transfert peu analysé.

Mais dans les projets individuels des établissements que je peux fréquenter, avec le modèle standard ADAPEI, il n'y a pas de référence à :

- l'articulation entre le passé, le présent et le futur
- l'affirmation d'une identité, l'intégration sociale, la façon de faire face au stress et la construction de projet
- nous ne parlons pas plus d'ancrage, d'engagement d'adaptation ou d'ouverture
- nous ne parlons pas plus de légitimation, de contrôle et d'orientation pouvant donner accès au sens et aux valeurs.

pour faire référence aux derniers transparents que Pierre Tap a présentés.

Bien sûr, nous avons, approximativement tout cela en tête. Mais cela me semble bien insuffisant, pour alimenter un échange entre des professionnels très différents, avec une expérience qui les sépare.

IV – LA LOGIQUE ECONOMIQUE :

1. (doublon)- Dans quelle mesure la conjoncture économique (besoin de gagner de l'argent) n'influe-t-elle pas sur la sélection des populations accueillies en ESAT à l'heure actuelle ?

C'est une question qu'il faudrait poser aux directeurs d'ESAT ! Il me semble, pour ma part, que les personnes accueillies dans les établissements le sont pour différentes raisons : des raisons historiques liées à la logique associative avec le modèle de l'intégration sociale par le travail, des raisons que vous évoquez liées au financement des établissements avec une section commerciale, et des raisons que j'ai évoquées plus haut, liées aux tutelles et à leur mauvaise gestion des perspectives démographiques, les personnes qui relèvent du fameux « amendement Creton ».

Toucher à cet équilibre me semble bien délicat. L'offre en termes de possibilités d'intégration sociale devrait être bien différenciée, et il m'arrive de penser que certaines personnes au travail sont plutôt maltraitées (même si l'association fait tout ce qu'elle peut pour aménager leur situation). Il faudrait, comme je l'ai dit à plusieurs reprises, avoir plus de foyers occupationnels. Pour équilibrer le budget, les directeurs d'ESAT sont obligés d'avoir une production « industrielle » plus conséquente, ce qui entraîne un recrutement de personnes assez efficaces (!). Comme il y a une certaine tension sur le marché du travail, il y a un certain nombre de personnes inadaptées sur le plan du travail ordinaire et présentant des handicaps légers qui viennent frapper à la porte de la MDPH. Nous voyons bien qu'il y a un certain équilibre pragmatique dans les décisions de recrutement.

Ce qui me semble relever de la caricature, c'est le placement en ESAT des personnes en « amendement Creton » puisque ces personnes en IME depuis longtemps arrivent avec un financement spécifique. C'est une sorte de compromis entre les inadéquations historiques et les orientations industrielles des établissements.

Mais ce que je dis là est un point de vue de psychiatre et donc le point de vue d'une personne incompétente sur le sujet.

S'il s'agit de poser la question de la rentabilité relative d'une personne handicapée psychique versus une personne handicapée mentale, je me garderai bien de répondre, car les situations sont toujours individuelles. Le handicap mental est un archipel très morcelé, et le handicap psychique demande un encadrement très variable (particulièrement dans le temps : à certains moments tout va bien puis, il faut beaucoup plus attentif).

2. (doublon)- Comment concilier la politique économique de production et de résultat (quantitative) avec l'émergence des "capabilités" de la personne ?

De mon point de vue, l'analyse en termes de « capabilités »⁵, doit nous permettre d'optimiser nos outils de travail (je prends des risques en me situant sur ce terrain !).

Comme d'habitude, je commence par analyser la situation à l'hôpital parce-que je la connais mieux.

Comment accepter, sur un plan économique, que des personnes stabilisées ne relevant pas de soins immédiats et importants, puissent continuer à être pris en charge à un tarif qui avoisine les 300 € par jour. L'estimation du nombre de personnes qui sont dans cette situation est de 60 (l'on peut contester à plus ou moins dix personnes).

Bien évidemment, ces personnes seraient plus adaptées dans une structure d'hébergement comme un foyer occupationnel et peut-être, pour certaines, un foyer d'accueil médicalisé. Je ne rentrerai pas dans le calcul des bénéfices attendus, cela déborderait très largement de mon rôle de médecin.

Cela n'existe que parce qu'il y a deux financeurs différents, dans le premier cas : la sécurité sociale, dans le deuxième cas : le conseil général.

Vous pourriez penser que raisonner ainsi nous éloigne des compétences mais, bien au contraire, c'est l'analyse des compétences, des « capabilités », c'est-à-dire la possibilité de convertir des ressources en libertés réelles, qui me fait parler ainsi.

Mais cette analyse peut être faite de façon analogue dans le secteur médico-social. Pour commencer par un problème majeur qui est devant nous et qui représentera peut-être des « capabilités » négatives je vais prendre l'exemple des personnes handicapées vieillissantes qui mobilise l'attention de l'ADAPEI. Je suis assez surpris de voir que la réflexion en terme d'établissement (et non pas en terme de « capabilités »), aboutit très souvent à des propositions faisant de la maison de retraite spécialisée, la suite logique d'une prise en charge au foyer. Qu'en est-il des compétences et des besoins des personnes âgées vieillissantes ? Comment peut-on les faire progresser ? Comment peut-on faire en sorte qu'elles soient adaptées au dispositif d'aide aux personnes âgées ?

Pour les personnes plus jeunes, la question des « capabilités » peut se poser tout au long de leur vie d'adulte, avec un ajustement des modalités de vie et de travail.

5

Puisque Pierre Tap nous a invités à parler ainsi en suivant Amartya Sen.

V – L'ORIENTATION DES PERSONNES HANDICAPEES :

1. Quelle est l'évolution **des critères d'orientation en ESAT**, retenus par la CDAPH depuis une dizaine d'années ?

Malgré ma participation à l'équipe pluridisciplinaire de la COTOREP puis de la MDPH, je dois dire que la situation passée et actuelle ne permet pas de s'appuyer sur des critères précis en vue de l'orientation en ESAT.

A la différence de ce qui est prévu pour des prestations nouvelles comme la PCH (plan de compensation du handicap), nous n'avons comme source d'information sur le handicap de la personne demandeuse, que le certificat médical qui est souvent rempli de façon assez sommaire.

Il y a donc plus d'orientation vers les ESAT que de places et, implicitement, la MDPH compte sur les directeurs d'établissements ou leurs commissions d'admission pour ce qui concerne l'adéquation.

Il est vraisemblable que les éléments de la grille d'évaluation (GEVA) permettront ultérieurement de mieux connaître les personnes handicapées et de définir les critères d'entrée dans les ESAT.

2. (doublon) - Dans quelle mesure la conjoncture économique (besoin de gagner de l'argent) n'influe-t-elle pas sur la sélection des populations accueillies en ESAT à l'heure actuelle ?

Cf réponse plus haut.

3. Dans quelle mesure la conjoncture sociale (**marginalisation, précarisation**) n'influe-t-elle pas également sur le **type de population admis en ESAT** ?

J'ai évoqué dans une des réponses, un glissement qui a existé dans les années 90, du marché de l'emploi en milieu ordinaire vers les CAT de l'époque.

J'ai évoqué également l'évolution démographique dans les IME, avec un nombre moins important de personnes présentant un handicap génétique du fait des dépistages prénataux, mais également moins de personnes avec des séquelles de troubles organiques, du fait d'une meilleure prise en charge d'un certain nombre de maladies (hyperthermie, épilepsie etc.).

Par contre, les situations difficiles d'enfants élevés dans des conditions très précaires aboutissent à des tableaux mixtes associant un retard mental léger et des troubles du comportement liés à un équilibre psychologique très fragile.

Ces personnes seront orientées, vraisemblablement, vers les ESAT. D'ici là, d'autres personnes, adultes en situation de marginalisation sur le plan du travail seront peut-être orientées vers ces établissements.

Cependant, il faut le dire, les ESAT n'ont pas forcément une image suffisamment bonne pour attirer un grand nombre de personnes en difficultés sociales.

Cependant, il est très vraisemblable que les problématiques des personnes prises en charge dans les ESAT, seront assez différentes d'ici une dizaine d'années. D'où la nécessité d'adapter nos réflexions et nos méthodes de travail.

VI – LES CAPABILITES

1. (doublon)- Comment concilier la politique économique de production et de résultats! (quantitative) avec l'émergence des "capabilités" de la personne ?

Cf. réponse ci-dessus.

2. Sur quoi se fonde le lien social pour aider l'autre à trouver et à utiliser ses "capabilités"?

Je ne suis pas sûr de bien comprendre la question, mais lorsque vous parlez de ce qui « fonde le lien social », je pense à l'éthique et à ce que j'écrivais plus haut sur la reconnaissance et la responsabilité.

Sans reprendre ce que je développais plus haut à plusieurs reprises et ce que l'on trouve dans la présentation de Pierre Tap, si nous pouvons dire que le lien social est fait de la reconnaissance de chacun par le groupe et du groupe par chacun, cette reconnaissance passe également, pour ce qui concerne les professionnels, par une analyse instrumentée (c'est-à-dire avec une référence théorique adaptée), des compétences et des libertés de la personne à qui nous proposons notre aide.

Pierre GODART
Praticien Hospitalier responsable
du pôle des soins de réadaptation
et des déficients mentaux

Psychiatre à l'ESAT Colo (ADAPEI)