

Les clivages et les coopérations entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires dans le Béarn.

Dr Pierre GODART

En complément de l'intervention de Pierre TAP, le Dr Pierre Godart¹ abordera la question des articulations entre les intervenants dans les prises en charge des personnes présentant des déficiences et handicap² ainsi que des personnes qui se retrouvent dans des situations de marginalisation.

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

- Les personnes présentant un handicap mental harmonieux³ étaient prises en charge dans des établissements médico-sociaux,
- Les personnes errantes ou marginalisées étaient prises en charge par les services sociaux,
- Et les malades mentaux étaient soignés en psychiatrie.

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 !⁴

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 ». Cependant nous pouvons aussi nous demander comment faire face aux changements dans nos professions.

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.

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 handicap⁵, « la fatigue d'être soi »⁶ n'est pas particulière aux personnes considérées comme malades mentaux et le besoin de structures protectrices pour l'insertion est assez général.

Nous étudierons trois partenariats qui permettent d'interroger les complémentarités entre différents partenaires.

- Le dispositif passerelle, qui associe des ESAT de la région paloise et un service de soins psychiatriques afin de permettre le passage de personnes considérées comme handicapées

¹ Psychiatre responsable du département des soins de réadaptation au centre hospitalier des Pyrénées et psychiatre à l'ESAT Colo de l'ADAPEI à Lescar

² Au sens de la loi du 11 février 2005

³ Ou considérés comme tels

⁴ Et nous laissons de côté la grande question de la dépendance liée à l'âge.

⁵ la lecture des différents articles et livres de Christophe Dejours est éloquent de ce point de vue

⁶ Pour parler comme Alain Ehrenberg

psychiques vers le monde du travail. Ce dispositif permet également d'éviter des décompensations sévères à des ouvriers d'ESAT. Plus particulièrement, nous essaierons de repérer ce que chacun des partenaires a pu offrir à l'autre, ce que chacun des métiers et des compétences peut apporter aux usagers et comment notre regard a changé sur les aptitudes du partenaire.

- 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.
- Le troisième exemple de partenariat ne concerne pas l'ADAPEI directement, du moins apparemment, mais le secteur social. Le service du Dr Godart a passé une convention avec l'OGFA⁷ qui gère deux CHRS⁸ 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 personnes⁹. Il est important de dire à l'occasion de cette journée que nous avons rencontré dans les structures de 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.

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 diront les savants) peuvent légitimement inquiéter.

Les professionnels peuvent avoir le sentiment d'être dépossédés de leur savoir-faire et cette évolution peut leur sembler être une remise en cause de leur histoire professionnelle.

Le Dr Godart, essaiera de montrer comment les changements, qui sont apparus progressivement, sont pris en compte dans la loi de 2002 et ont alimenté les réflexions de l'ADAPEI pour le projet associatif. Les projets des établissements et les démarches qualité en cours doivent obligatoirement s'en inspirer. Il insistera particulièrement sur les questions d'éthique et sur la permanence de l'interrogation des professionnels sur ce qui fonde leur action.

L'idée de capacité¹⁰ des personnes présentant un handicap ou une vulnérabilité, lui 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.

Le Dr Godart proposera que les réflexions de cette journée soient le point de départ de rencontres permettant une « co-formation » et un croisement des savoirs pour les éducateurs, les soignants, les chefs de service, les psychiatres, les délégués à la tutelle, les moniteurs d'atelier, les directeurs et même, pourquoi pas, les responsables de la DSD¹¹ ou de la DDASS.

⁷ Organisation de Gestion des Foyers Amitié

⁸ Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

⁹ Avec un projet, très prochainement, de 15 autres places

¹⁰ même si nous ne parlions pas encore de « capacités »

¹¹ Direction de la solidarité départementale