

Où va le médico-social ?

DU MÊME AUTEUR

Travailler en MAS et en foyer d'accueil médicalisé,
érès, 2020

*Dictionnaire critique
de l'accompagnement médico-social*
érès, 2017

*L'accompagnement des adultes
gravement handicapés mentaux,*
érès, 2012

Le projet individuel.
Repères pour une pratique avec les personnes
gravement handicapées mentales,
érès, 2006

*Équipes éducatives et soignantes
en maison d'accueil spécialisée.*
Pratiques institutionnelles,
Vigneux, Matrice, 1996

Aide médico-psychologique :
de la souillure à la professionnalisation,
Publication du Groupe d'étude et de recherche
sur la déficience mentale du Sud-Est (GERSE),
Dardilly, 1998

Philippe Chavaroché

Où va le médico-social ?

*Dans l'accompagnement des personnes
les plus gravement handicapées mentales*

Trames

 **érès**
éditions

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2021
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-7015-9
Première édition © Éditions érès 2021
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Partagez vos lectures et suivez l'actualité des **éditions érès** sur les réseaux sociaux



Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
-------------------	---

I

Un état des lieux inquiétant

1. UN DÉNI DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	15
Un dispositif en demi-teinte : le projet SERAFIN-PH.....	21
2. LA DISPARITION DES AIDES MÉDICO- PSYCHOLOGIQUES.....	35
3. LA BIENTRAITANCE : DES BONNS SENTIMENTS À LA RÉALITÉ DU HANDICAP	41
4. DE L'AUTONOMIE À L'INCLUSION : LA NOVLANGUE DU MÉDICO-SOCIAL.....	63

5. UN MANAGEMENT COUPÉ DE LA CLINIQUE.....	71
Une clinique qui n'est plus dirigée.....	90

II

Quel devenir pour le médico-social ?

6. PENSER ET TENIR LE SOIN DANS LE MÉDICO-SOCIAL.....	97
La vie quotidienne comme espace de soin premier	101
Une fonction clinique institutionnelle.....	112
Les soins médicaux.....	132
Les activités thérapeutiques.....	138
7. REPENSER L'ÉDUCATIF EN MÉDICO-SOCIAL : LE GROUPE.....	145
CONCLUSION.....	159
BIBLIOGRAPHIE.....	163
Filmographie.....	168

Introduction

Où va le médico-social ?

Depuis maintenant une quinzaine d'années, j'anime des séances de ce qu'il est convenu d'appeler « analyse des pratiques professionnelles », dans nombre d'établissements médico-sociaux accueillant des enfants et adultes handicapés mentaux. Mon approche est essentiellement clinique, centrée sur la relation que les professionnels ont avec les personnes, le vécu des troubles qu'ils observent, la compréhension qu'ils en ont et les pistes possibles d'accompagnement qu'ils peuvent développer. Mais, à travers les évocations de leur travail, je perçois chez eux de plus en plus de phénomènes d'épuisement qui questionnent le contexte politique et administratif du secteur médico-social, les évolutions qu'il subit et les impasses qui, à mon avis, se profilent.

Au fil des rencontres, ce qu'en disent ces professionnels met en évidence une profonde crise d'identité

à laquelle ce secteur est confronté et dans laquelle ils sont en peine, me semble-t-il, pour trouver des repères solides et fiables leur permettant de penser un accompagnement de plus en plus complexe.

Si cet accompagnement se révèle de plus en plus ardu, il y a plusieurs raisons à cela, et c'est à cet inventaire, certes partiel, que ce livre tente tout d'abord de répondre.

Parmi les toutes premières causes rendant cet accompagnement plus complexe, il faut noter un changement notable dans les populations accueillies dans les établissements. Si le clivage entre la maladie mentale, traitée par la psychiatrie, et le handicap qui était du ressort du médico-social a longtemps perduré, cette catégorisation a depuis quelques années volé en éclats. La logique selon laquelle ce dernier accompagne des personnes ne présentant pas de troubles psychiques majeurs, ou alors « stabilisés », n'est plus d'actualité. Même les établissements censés traiter des problématiques plus sociales comme les maisons d'enfants à caractère social (MECS) voient eux aussi arriver dans leurs murs des enfants présentant des troubles psychiques importants. Les professionnels doivent faire face à des comportements, que l'on nomme maintenant « problème » ou « défi », pour lesquels ils n'ont que très peu de ressources, tant sur le plan théorique que pratique. Le recours à la psychiatrie, quand il est effectif, n'apporte que peu de solutions durables

dans le temps, les traitements étant de plus en plus courts et uniquement symptomatiques. C'est bien un déni de la souffrance psychique qui s'installe dans ce secteur, avec la mise en place de nouveaux dogmes d'accompagnement, notamment la mise en œuvre de réponses parcellisées, par l'intermédiaire de « plates-formes » de service à la place de réponses globales proposées par les « institutions ».

Le médico-social n'échappe pas aux formes « modernes » de management, un management coupé d'une clinique de plus en plus complexe et pour laquelle ses réponses formelles et bureaucratiques ne sont d'aucune utilité à des professionnels qui ne sont plus soutenus ni aidés dans la conduite de leur action thérapeutique. La seule bientraitance, aujourd'hui prônée unanimement, si elle entend légitimement faire disparaître les mauvais traitements et reste empreinte de bonnes intentions, méconnaît toutefois la réalité de notre rapport au handicap, relation qui n'est peut-être pas aussi « pure » qu'on le souhaiterait. Plutôt que de mettre réellement au travail des sentiments et des émotions ambivalents suscités par le handicap, l'injonction de bientraitance et son pendant, la hantise de la maltraitance, risquent de « couper la parole » aux professionnels, alors que c'est là la seule garantie d'un traitement « suffisamment bon » des personnes handicapées mentales. Le médico-social est, et a toujours été

un grand promoteur et consommateur de concepts supposés être enfin absolus. On assiste au développement, pour promouvoir ces idées, d'une véritable novlangue, de nouveaux mots répétés de manière stéréotypée qui pensent aujourd'hui d'une façon totalitaire l'accompagnement. Les professionnels sont sommés de les utiliser sans pouvoir penser par eux-mêmes, avec leurs propres mots, ce qui fait le cœur de leur travail : la relation aux personnes. Il en est ainsi du mot « inclusion », concept qu'il faut quand même visiter en profondeur pour en mesurer à la fois les richesses mais aussi les risques, pour des personnes fragiles dans une société de plus en plus individualiste. Intensifier l'accompagnement de ces personnes pour qu'elles vivent « dehors » peut toutefois conduire à négliger leur « dedans », le rapport qu'elles entretiennent avec leur corps et leur intimité psychique. Or, sans un étayage solide de cette intériorité fragilisée, comment vivre sereinement dans le monde et sa réalité ?

Après cet état des lieux portant sur quelques aspects du médico-social que je juge très problématiques, la seconde partie examine la façon dont le secteur pourrait retrouver ses fondamentaux, s'ancrer dans ce qui a fait, et fait toujours son identité : être à la fois un lieu d'apprentissages éducatifs, de réalisation d'une vie sociale, *et* un lieu de soins. Le type de souffrances psychiques observé chez les personnes atteintes de troubles psychopathologiques sévères

n'est pas séparé de la vie ordinaire, il ne se soigne pas dans un hors-sol coupé des choses les plus banales de la vie de tous les jours. C'est pourquoi le quotidien s'affirme comme porteur de potentialités thérapeutiques de tout premier plan. Le soin est aussi, et même essentiellement, une activité psychique de la part des soignants, au sens large du terme et donc au-delà des professions médicales et paramédicales. Encore faut-il que cette activité de penser soit organisée et soutenue institutionnellement, ce qui est loin d'être le cas dans tous les établissements. Cette approche thérapeutique ne peut se passer de soins médicaux, mais cet exercice est de plus en plus coupé d'une visée globale de soins, réduit le plus souvent à des prescriptions qui ne sont que peu ou pas comprises par les professionnels d'accompagnement du quotidien, des soins techniques réalisés dans des cabinets dits « de ville ». Le soin se prodigue également dans des activités où le médico-social a une longue expérience. Mais celles-ci, pour être vraiment thérapeutiques, doivent s'inscrire davantage dans des logiques psychopathologiques et relationnelles et se garder des dérives productivistes destinées à « remplir », souvent à l'excès, le projet personnalisé d'accompagnement !

L'éducatif reste une des composantes solides de l'accompagnement des personnes handicapées mentales en établissement médico-social. Mais là

également, ce secteur semble avoir perdu ce qui fait le socle de la guidance de la personne dans sa rencontre avec le monde : la relation aux autres. Si le groupe a longtemps été une valeur canonique des éducateurs, il semble aujourd'hui totalement délaissé comme outil éducatif, au profit d'une individualisation forcenée. La seule vision des institutions collectives comme une aliénation et un empêchement à vivre « normalement » amène même certains décideurs à envisager leur pure et simple disparition. Pourtant le groupe, loin d'être ce rappel d'un passé asilaire désormais rejeté avec raison, reste le seul espace où peuvent s'articuler l'individuel et le collectif, deux faces intrinsèquement liées d'un seul et même sujet, qui n'existe pas sans l'autre et sans les autres.

Où va le médico-social ? Ce livre, en s'appuyant sur le vécu des professionnels qui y travaillent et sur les analyses que j'ai pu en faire, tente de décrire en quoi son devenir est aujourd'hui menacé, la détérioration de ses valeurs et pratiques risquant d'être dommageable tant aux personnes handicapées mentales, à leurs familles, qu'aux professionnels. Leur épuisement n'est certainement pas une fatalité !

I

UN ÉTAT DES LIEUX INQUIÉTANT

Un déni de la souffrance psychique

Historiquement, le secteur médico-social s'est longtemps défini comme accueillant des personnes seulement « handicapées » à éduquer et à socialiser, et non des « malades mentaux » qui, eux, relevaient de l'hôpital psychiatrique où ils devaient être soignés.

La classification de Lagache, élaborée en 1946 pour les enfants dits « inadaptés », dans son souci d'opérer des distinctions dans la masse assez hétérogène des « anormaux » a notamment séparé le champ de la débilité perfectible du champ des psychoses (à l'époque où ce concept existait encore !), et plus largement celui des pathologies psychiatriques de l'enfant, à l'heure où, sous l'impulsion de Heuyer, naissait la pédopsychiatrie. Les premiers étaient pris en charge par des « instituts

d'éducation spécialisés pour débilés et écoles de perfectionnement », alors que les seconds étaient dirigés vers les hôpitaux psychiatriques. Notons aussi que les « infirmités psychiques, arriérations mentales profondes, épilepsies compliquées et non amendables » étaient cantonnées dans les asiles, garderies, sections d'anormaux des hôpitaux psychiatriques. Ces établissements ont aujourd'hui disparu en matière d'accueil d'enfants (on ne saurait le regretter) et ce sont les structures médico-éducatives (institut médico-éducatif [IME], service d'accompagnement des enfants en situation de handicap [SESSAD]) qui les accompagnent. De même accueillent-ils les enfants polyhandicapés (qu'on ne désignait pas par ce terme à l'époque) qui, dans la classification de Lagache, relevaient notamment d'établissements du type « préventorium » et « sanatorium ».

On ne parlait pas des adultes à cette époque, soit parce que leur espérance de vie était courte, soit parce que leur destin quand ils atteignaient cet âge était d'être irrémédiablement soit abandonnés dans les familles, soit placés dans des établissements de type asilaire relevant d'œuvres caritatives, ou bien encore internés quasiment à vie dans les véritables dépotoirs qu'étaient les pavillons de chroniques ou de défectologie des hôpitaux psychiatriques. Aujourd'hui, ces personnes sont accueillies dans le secteur médico-social soit dans des maisons

d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), des foyers de vie dits « occupationnels » ou, pour ceux qui en ont les capacités, dans des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et les foyers d'hébergement qui leur sont associés, ou encore, accompagnés en milieu ordinaire par des service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Cette situation qui distribuait en deux entités bien distinctes, et mêmes clivées, les personnes (les handicapés et les fous), les lieux (le médico-social et l'hôpital) et les modalités de prise en charge (les activités et les soins), a été durant de nombreuses années la référence organisatrice de l'accompagnement des enfants, des adolescents et des adultes handicapés mentaux. Elle est aujourd'hui remise en cause pour diverses raisons :

- la fermeture de nombreux lits à l'hôpital psychiatrique, et donc l'orientation vers des accueils en médico-social de personnes malades mentales adultes « chroniques », plus ou moins stabilisées, et pour lesquelles l'hôpital psychiatrique n'a pas ou plus de perspectives dynamiques de soins. De nombreux hôpitaux psychiatriques ont d'ailleurs eux-mêmes créé en leur sein des structures médico-sociales, MAS principalement ;
- des hospitalisations plus courtes dans des services de psychiatrie qui renvoient vers les établissements médico-sociaux les personnes lui ayant été

adressées pour des troubles du comportement (qui ont d'ailleurs souvent cessé dès l'hospitalisation !) ;

– l'accueil de nouveaux publics, enfants ou adultes, présentant sans doute moins de déficiences intellectuelles, moins conformes à l'image ancienne du « débile harmonieux » habituellement accueilli en médico-social, mais porteurs de troubles mentaux complexes, souvent intriqués avec des problématiques familiales et sociales délétères ;

– enfin, la généralisation pour certains types de syndromes, d'une définition uniquement en termes de handicap et non de maladie, l'autisme étant actuellement l'exemple le plus emblématique, et donc légitimant leur présence presque exclusivement dans un secteur médico-social où ils sont censés être éduqués et non soignés.

Le secteur médico-social n'est plus protégé de la folie comme il pensait l'être lorsque l'hôpital psychiatrique accueillait et « gardait » sur de très longues périodes ces personnes, et dont le handicap mental recouvrait des troubles psychiques incompatibles avec les exigences de mise en activités et de socialisation sur lesquelles reposait son identité. Il ne faut certainement pas regretter cette époque du « grand enfermement », mais ces évolutions ne sont pas sans poser de nouvelles questions, notamment sur les conditions nouvelles et relativement inédites dans lesquelles elles pourront être soignées

dans le secteur qui majoritairement les accueille : le secteur médico-social.

Si la notion de soins a toujours été présente dans les établissements à côté des approches éducatives et sociales – comme le terme même « médico-social » le suggère –, il faut reconnaître que cette dimension thérapeutique est aujourd’hui relativement laissée pour compte, peu reconnue et valorisée. Elle se réduit souvent à une présence infirmière pour assurer la distribution des médicaments, gérer les consultations et faire quelques soins de bobologie ; un médecin généraliste et plus rarement un psychiatre pour prescrire et renouveler les ordonnances médicamenteuses, parfois pour être présent à quelques réunions de synthèse ou de bilan clinique, et, selon les besoins, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens... Une logique d’externalisation de ces prestations de soins oriente de plus en plus les personnes vers des praticiens extérieurs à l’établissement ou au service. Une place prépondérante est le plus souvent accordée aux approches éducatives et sociales risquant ainsi d’exclure le soin et les personnes qui en ont besoin – « ce n’est pas pour nous ! »

Le secteur médico-social peut-il alors continuer dans cette voie, où :

- il reçoit de plus en plus de personnes porteuses de troubles psychiques dits « non stabilisés¹ », notamment celles qui relèvent du décret du 20 mars 2009 ;
- ses démarches canoniques d'éducation et de socialisation se heurtent à ces troubles qui viennent souvent les mettre en échec ;
- ses dispositifs de soins sont peu élaborés tant théoriquement que pratiquement ;
- la présence médicale est de plus en plus restreinte en raison de la raréfaction des praticiens (et qui ne veulent pas toujours travailler dans ce secteur !) ;
- les recours aux structures sanitaires sont de plus en plus contraints par les évolutions d'une psychiatrie de courte durée, symptomatique et médicamenteuse, peu réceptive à ces personnes aux pathologies au long cours, complexes et souvent atypiques ?

Quelles sont les réponses qui se font jour actuellement pour éclairer cette problématique et apporter aux équipes pluridisciplinaires du secteur médico-social des outils conceptuels et méthodologiques,

1. « Soit d'une déficience intellectuelle, cognitive ou psychique sévère ou profonde associée à d'autres troubles, dont des troubles du comportement qui perturbent gravement la socialisation et nécessitent une surveillance constante » (décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie).

OURY, J. 2014. « Accueil, rencontre, transfert multi-référentiel et polyphonie », dans P. Delion et l'ACSM d'Angers (sous la direction de), *Créativité et inventivité en institution. Empêchements et possibles*, Toulouse, érès.

OURY, J. 2016. *Les symptômes primaires de la schizophrénie*, Paris, Éditions Dune.

OURY, F. ; PAIN, J. 1972. *Chronique de l'école caserne*, Paris, Maspero.

OURY, F. ; VASQUEZ, A. 1967. *Vers une pédagogie institutionnelle*, Paris, Maspero.

PEREC, G. 1989. *L'infra-ordinaire*, Paris, Le Seuil.

POCHET, C. ; OURY, F. 1979. *Qui c'est l'conseil ?*, Paris, Maspero.

RACAMIER, P.-C. 1980. *Les schizophrènes*, Paris, Payot.

RICŒUR, P. 1983. *Temps et récit, I, L'intrigue et le récit historique*, Paris, Le Seuil.

SALBREUX, R. 1994. *Handicap et maltraitance*, Paris, ESF.

STIKER, H.-J. 2013. *Corps infirmes et sociétés. Essais d'anthropologie historique*, Paris, Dunod.

TOMKIEWICZ, S. ; VIVET, P. 1991. *Aimer mal, châtier bien. Enquête sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*, Paris, Le Seuil.

VELUT, S. 2020. *L'hôpital, une nouvelle industrie, le langage comme symptôme*, Paris, Gallimard, coll. « Tracts ».

VON BUELTZINGSLOEWEN, I. 2007. *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques*

français sous l'Occupation, rééd. Flammarion-Champs, coll. « Histoire », 2009.

WINNICOTT, D.W. 1969. « La haine dans le contre-transfert », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

WINNICOTT, D.W. 2008. *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot.

FILMOGRAPHIE

BROWNING, T. 1932. *Freaks, la monstrueuse parade*, États-Unis, 64 minutes.

LYNCH, D. 1980. *Elephant Man*, États-Unis, 124 minutes.

PAIN, F. ; POLACK, J.-C. ; SIVADON, D. 1989. *François Tosquelles. Une politique de la folie*, documentaire, 54 minutes.

PHILIBERT, N. 1996. *La moindre des choses*, documentaire, 105 minutes.