

# Médicosocial en santé mentale : histoire et réalités institutionnelles

Sandrine Broutin

Directrice générale du groupe Falret

**Résumé.** Notre propos aujourd'hui est l'histoire du secteur médicosocial en santé mentale et ses réalités institutionnelles, du point de vue non pas d'une historienne mais de celui de la directrice générale de l'Œuvre Falret, association créée en 1841, au moment de l'institutionnalisation de la psychiatrie (1838). Cette histoire commune du secteur médicosocial ayant œuvré pour les personnes vivant avec des troubles psychiques et la psychiatrie – tantôt liée, tantôt séparée – nous invite à en évoquer, de notre place, les enjeux passés et actuels.

Pour retracer cette histoire commune, nous ferons en premier lieu un rappel sur l'évolution du secteur médicosocial et de la psychiatrie, en passant par l'inscription du trouble psychique dans le champ du handicap en 2005, puis nous nous arrêterons sur les quinze dernières années qui ont vu l'offre médicosociale dans le champ de la santé mentale largement se déployer.

**Mots clés :** établissement social et médicosocial, psychiatrie, santé mentale, historique

**Abstract. Medical-social issues in mental health: Institutional history and reality.** Our topic today is the history of the medical-social sector in mental health and its institutional realities, not from the point of view of a historian, but from that of the managing director of Œuvre Falret, an association created in 1841, at the time when psychiatry was being institutionalized (1838). The history that the medical-social sector, working for those with mental disorders, shares with psychiatry—two disciplines that are sometimes connected and sometimes separate—encourages us to describe the past and present issues from our own point of view.

To trace this shared history, we begin by recalling the development of the medical-social sector and psychiatry, including the recognition of mental disorders as disabilities in 2005. We then focus on the last fifteen years, during which medical-social mental health provision has increased substantially.

**Key words:** social and medical-social establishment, psychiatry, mental health, historic

**Resumen. Lo médicosocial en salud mental: historia y realidades institucionales.** Nuestro tema hoy es la historia del sector médicosocial en salud mental y sus realidades institucionales, desde el punto de vista no de una historiadora sino del de la directora general de la Œuvre Falret, asociación creada en 1841, en el momento de la institucionalización de la psiquiatría (1838). Esta historia común entre el sector médico-social que ha obrado para las personas con trastornos psicóticos y el de la psiquiatría – unas veces vinculada, otras separada – nos invita a evocar, desde nuestro lugar, los retos pasados y los actuales.

Para recapitular esta historia común, haremos primero un recordatorio sobre la evolución del sector médico social y de la psiquiatría, pasando por la inscripción del trastorno psíquico en el ámbito de la deficiencia en 2005, luego nos detendremos sobre los 15 últimos años que ha visto desplegarse ampliamente la oferta médico-social en el campo de la salud mental.

**Palabras claves:** establecimiento social y médico social, psiquiatría, salud mental, historial

## Les acteurs historiques de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques : les aliénistes et les congrégations religieuses

### Le grand renfermement

L'idée de l'anormalité a, dès la fin du Moyen Âge, éloigné l'opinion publique de l'idée d'une possible inclusion sociale des personnes porteuses de cette étiquette. Elles

ont ainsi connu, dès l'édit royal de 1656 de Louis XIV et Colbert, une relégation sociale, le « *Grand renfermement* » [1]. La psychiatrie a joué un rôle historique dans la prise en charge des « aliénés », grâce notamment à son fondateur, le Dr Philippe Pinel, qui, croyant en un traitement de la maladie mentale, a sorti les fous des dépôts de mendicité pour les placer dans les asiles d'aliénés en vue de les soigner.

### Les prémices de la réhabilitation psychosociale

Le docteur Jean-Pierre Falret, alors élève de Jean-Étienne Esquirol, père de la loi de 1838 et aliéniste à la

**Correspondance :** S. Broutin  
<sbrouitin@oeuvre-falret.asso.fr>

Salpêtrière également, est pour sa part un précurseur de ce qui allait devenir la réhabilitation psychosociale, décrite plus récemment par le professeur Ram Cnaan [2] comme « *un processus facilitant le rétablissement d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté* ».

Il se refuse à une pratique de la psychiatrie réduite à l'enfermement et la privation de droit. Il est alors consulté en 1837 sur la loi visant à rétablir les droits civiques des malades mentaux, dans laquelle il prône une évolution des termes utilisés à l'égard des aliénés : « *les mots d'imbécillité, de démence et de fureur qui figurent encore dans le Code civil, ont été remplacés dans la loi de 1838 par le mot plus exact et plus général d'aliénation mentale* » [3].

Le Dr Falret souhaite agir sur les causes de la misère et du rejet des personnes en œuvrant pour leur réhabilitation auprès de leur famille et de la société. Il est convaincu que « *la personne souffrant de troubles de santé mentale est d'abord une personne, sujet de droit et de devoir, capable d'intelligence et de progrès, qui a toute sa place dans le monde* » [4].

Au milieu du xix<sup>e</sup> siècle, alors médecin chef de la section des idiots de la Salpêtrière, il dépeint la situation hors-les-murs des aliénés convalescents ; il décrit alors parfaitement la défiance de la société qui explique au moins en partie le fait qu'elle valide sans grande difficulté la création des asiles d'aliénés à l'écart des grandes villes et derrière de hauts murs – même s'il faut préciser que cet isolement est pensé comme un traitement social de la maladie psychiatrique.

En 1841, dans l'idée de réinsérer les convalescents, il ouvre la société de patronage pour les aliénées indigentes sorties guéries de l'hôpital de la Salpêtrière. Son ouvrage offre alors « *refuge, travail, soins et secours de la religion ; tout cela ne dure que le temps nécessaire pour retrouver une place dans la société* » [4]. Il opère par des visites à domicile, des aides financières et matérielles et finalement un service centré sur un lieu d'hébergement temporaire préalable à un reclassement professionnel. Rapidement, les hospices et asiles du département de Paris et de Province y font appel. Bien que d'autres sociétés de patronage de ce type soient créées en France, celle du Dr Falret, longtemps administrée par des psychiatres et une congrégation religieuse féminine, reste la plus notable. Par ailleurs, les actions de bienfaisance et de réinsertion sociale demeurent assez marginales au xix<sup>e</sup> et première partie du xx<sup>e</sup> siècle. Elles sont très largement le fait d'initiatives privées – religieuse ou philanthropique –, et restent longtemps peu, voire pas, subventionnées par les pouvoirs publics.

En créant, en 1841, sa Société de patronage (reconnue d'utilité publique en 1849) et qui fut rebaptisée Œuvre Falret en 1959, le Dr Falret offre à des milliers de Français la possibilité d'une vie et de libertés nouvelles.

L'histoire des troubles psychiques et du handicap se sépare dès la loi de 1975 pour ne se rejoindre qu'en

2005. Pour autant, l'Œuvre Falret, acteur du champ médicosocial – et partant du handicap – n'a jamais cessé d'accompagner les aliénés, devenus malades mentaux puis personnes vivant avec des troubles psychiques ou personnes en situation de handicap psychique. L'histoire de l'Œuvre Falret se confond en partie avec celle du secteur médicosocial mais en écrit également une autre page puisque l'institution a toujours accompagné les personnes vivant avec des troubles psychiques, même à une époque où ces prises en charge ne relevaient presque exclusivement que de la psychiatrie.

Pour comprendre cette histoire, il nous faut à présent revenir sur celle du handicap.

## De la compassion, à la compensation, à l'autonomie

### Les prémices de la prise en charge du handicap

Du côté du handicap, l'accompagnement hors du champ sanitaire démarre après la Première Guerre mondiale. Des associations – fondées et administrées par des congrégations religieuses ou des initiatives privées – voient le jour pour aider les anciens combattants dans leur vie quotidienne et leur permettre de reprendre le travail malgré des incapacités physiques.

Mais c'est véritablement à partir de 1945 que la place faite aux personnes handicapées est remise en question. C'est alors un changement de paradigme qui s'opère progressivement dans les politiques publiques, passant d'une logique compassionnelle à une logique de compensation. Ce changement s'opère également dans le champ sanitaire. Par la prise de conscience des horreurs de la Seconde Guerre mondiale et l'élan humaniste qui en découle, on voit à l'œuvre une ouverture des asiles qui deviennent dès 1947 des hôpitaux psychiatriques.

La logique de compensation s'opérationnalise par la création de la Sécurité sociale en 1945, qui permet une généralisation des soins et le développement d'institutions chargées de les mettre en œuvre, comme l'Élan Retrouvé. C'est autour du secteur – qui naît légalement en mars 1960 – que se reconstruit la psychiatrie, une psychiatrie publique visant l'accessibilité, la continuité et à la variété des modes de soin.

Le secteur médicosocial, de son côté, prend de l'ampleur et se professionnalise notamment autour de la question de l'enfance handicapée. En 1956, avec les annexes XXIV, une réglementation est apportée à ces structures particulières (décrets, normes techniques d'ouverture de structure). Les autres institutions médicosociales, non soumises à cette réglementation, se développent de façon anarchique toujours sous fond de legs ou dons.

En 1957, une loi est adoptée pour encadrer le travail protégé. Apparaît pour la première fois le terme de « travailleur handicapé ».

### *L'officialisation du secteur médicosocial*

Bien que dès 1945, des actions publiques soient menées auprès des personnes handicapées, c'est réellement en 1975 qu'est fondé le secteur médicosocial. Ce sont les deux lois du 30 juin 1975 qui le formalisent. L'une relative aux institutions et l'autre relative aux personnes :

– loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales qui établit et organise ce secteur en le différenciant juridiquement du secteur sanitaire, et qui apporte une réglementation, des financements et des statuts professionnels ;

– loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, qui formalise l'« obligation nationale » de développer des prises en charge globales pour les enfants comme pour les adultes, par « la prévention et le dépistage, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs ».

Par ces lois en faveur des personnes handicapées, les politiques publiques passent du droit à la réparation au droit à l'autonomie par la définition de droits fondamentaux : le droit au travail, le droit à une garantie minimum de ressource par le biais de prestations et le droit à l'intégration scolaire et sociale.

Les notions de handicap psychique et cognitif ont émergé plus tardivement (2005), en revanche, restant inclus soit dans le secteur psychiatrique et donc perçus comme maladies ou troubles, soit dans celui du handicap mental.

Falret, ici, a eu une place très particulière puisque, bien qu'appartenant au champ médicosocial, relevant donc du champ du handicap, l'association accompagne des personnes vivant avec des troubles psychiques, bien avant qu'ils soient reconnus comme un handicap.

### *Émergence de la santé mentale*

Dans le champ de la psychiatrie émerge entre 1940 et 1960 le concept de santé mentale, « à partir duquel s'organisent des savoirs, des pratiques et des institutions » [5]. Il s'impose vite bien au-delà du sanitaire comme la nouvelle norme : la personne souffrant de troubles psychiques mérite une meilleure considération, au nom des droits de l'homme et du patient, mais aussi du fait que, tous vulnérables [6], la souffrance psychique est susceptible de nous concerner tous un jour ou l'autre.

Avec le concept de santé mentale – élargissant les savoirs, les institutions et les personnes concernées en l'identifiant comme un risque non négligeable de l'existence –, il est question de disposer du droit à des soins et à une vie citoyenne. Pour le sociologue Alain Ehrenberg, ainsi, la santé mentale est une « *nouvelle question sociale tant elle dépasse tout ce que peut recouvrir la notion de psychopathologie* » [7].

Dans ce contexte, certaines statistiques [8] révèlent qu'une personne sur quatre est susceptible d'être tou-

chée au moins une fois dans sa vie par un trouble de santé mentale, dont la liste est répertoriée dans diverses classifications européennes et américaines. Se développent alors toute une littérature et un discours politique sur la santé mentale qui participent à sensibiliser l'opinion publique et à faire tomber une deuxième fois les murs de l'institution psychiatrique. Cette réforme, réellement entamée dans les années 1990, reste totalement d'actualité.

### **Des années 1980 à 2005 : les nouvelles politiques sociales et de santé**

#### *Les conséquences du virage ambulatoire et de la transformation institutionnelle*

Depuis les années 1980, le champ sanitaire connaît une profonde transformation institutionnelle, et notamment dans la psychiatrie. On constate une poussée du soin ambulatoire et, partant, des accompagnements hors-les-murs.

Avec ce virage ambulatoire, l'État enjoint la psychiatrie au travail partenarial à travers une circulaire ministérielle « relative aux orientations de la politique de santé mentale ». Celle-ci insiste sur les rapports d'information, de concertation et de coordination à développer avec les collectivités territoriales, les associations et autres acteurs locaux. Les têtes de réseau et « chevilles ouvrières » en sont les centres médico-psychologiques (CMP) – ce sont les conseils locaux en santé mentale (CLSM) dans les années 2010.

En 2001, dans leur rapport intitulé *De la psychiatrie vers la santé mentale*, les docteurs Eric Piel et Jean Luc Roelandt, pointent une offre d'intervenants et leur capacité à nourrir les interactions avec la société civile insuffisantes et, dans un contexte de crise des lits, les risques de situations de rupture et finalement de rechute se multiplient.

#### *La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale : de nouvelles règles relatives aux droits des personnes*

La loi 2002-2 est celle des usagers : elle affirme leur place prépondérante, promeut leur autonomie et leur citoyenneté. Elle renforce leurs droits, élargit les missions de l'action sociale et promeut une meilleure organisation et coordination des différents acteurs des secteurs médicosociaux. Elle précise et organise les droits, mais avant tout, elle cherche à assurer l'accès effectif de ces droits.

#### *La loi du 11 février 2005 : les troubles psychiques comme handicap*

Cette loi est historique puisqu'elle vient compléter la définition du terme « handicap », utilisé sans indication

nette depuis la loi de 1975 : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques<sup>1</sup>, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Ce positionnement étatique autorise ainsi les champs des handicaps les moins reconnus jusque-là à se déployer. Dès 2005, en France, les champs des handicaps psychique et cognitif vont alors trouver de nouvelles manières d'être accompagnés.

Cette loi, en outre, ouvre de nouvelles perspectives et instaure le principe du projet de vie de l'utilisateur au cœur de l'accompagnement et son inclusion sociale au sein de la société ordinaire. Elle ouvre également le droit à la compensation des conséquences du handicap.

Il y a une volonté politique de sortir d'une logique administrative de placement pour aller vers une logique de service et d'accompagnement. L'institution doit s'adapter aux personnes et plus l'inverse. Nous verrons que le chemin pour atteindre cet objectif est très long !

## Au-delà de la loi 2005

### *D'une logique administrative de placement à une logique de service et d'accompagnement*

La loi de 2005 amène par ailleurs la création et le financement de nouveaux dispositifs d'accompagnement, autant de réalisations concrètes centrées sur le parcours et les capacités de l'utilisateur – *a contrario* de la chronicisation pathologique comme institutionnelle – et davantage inclusives et singularisées

Une grande diversité de services et établissements spécialisés dans le handicap psychique se développent alors en France dans les secteurs social, médicosocial et de l'insertion professionnelle, tels que les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah) qui connaissent une forte expansion. Structures souples d'intervention dans la vie ordinaire et à domicile, médicalisées ou non, elles viennent offrir aux personnes handicapées psychiques un soutien à leur participation sociale et une coordination dans leurs démarches quotidiennes, offrant par là une alternative à l'hospitalisation. Certains SAVS ou Samsah pour personnes handicapées psychiques peuvent être couplés avec un service d'appartements. Cependant, dans le champ du handicap psychique, les associations gestionnaires spécialisées sont peu nombreuses.

<sup>1</sup> Souligné par nous

### *De l'autonomie à l'empowerment*

Progressivement, une nouvelle vision de l'accompagnement en santé mentale reposant sur deux principes fondateurs s'organise : la « pair aidance » et « l'empowerment ».

On voit se développer une offre d'un genre nouveau telle que les services de transition ou les groupes d'entraide mutuelle (GEM). Ils ne sont pas des services médicosociaux mais sont aujourd'hui rattachés d'un point de vue administratif et souvent financier à des groupements médicosociaux, comme c'est le cas au sein de l'Œuvre Falret qui gère plus d'une dizaine de ces dispositifs. Ces structures, héritières des clubs d'utilisateurs, sont des associations autogérées de personnes souffrant de troubles psychiques – reconnues handicapées ou non par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) – qui disposent, par un financement de l'Agence régionale de santé (ARS), d'un salarié animateur. Autour d'activités, d'un lieu et d'un collectif, ils contribuent à la lutte contre l'isolement et l'insertion sociale des personnes en grande fragilité.

C'est une nouvelle marche franchie dans l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques. Auparavant ségrégués dans des asiles, puis pris en charge dans des services psychiatriques ambulatoires, elles sont alors accompagnées dans la cité par de nouveaux acteurs, les travailleurs sociaux – qui s'articulent autant que possible avec les acteurs du soin. Aujourd'hui, alors que l'autonomie devient davantage une condition qu'une aspiration [9], les personnes vivant avec des troubles psychiques s'accompagnent mutuellement. C'est en partie une reconnaissance de leur savoir expérientiel, un savoir qui a trouvé sa légitimité par les groupes de pairs.

### *De la participation à la pair aidance*

Forte de cette revendication – « être détenteur de savoir issus de l'expérience, desquels ils tirent une relative légitimité » [10] –, la personne détentrice de l'expérience du trouble psychique développe différentes pratiques, elle est « pair aidant, pair émulateur, médiateur santé pair, travailleur pair, facilitateur pair, conseiller pair, etc. Ces pairs sont bénévoles, praticiens informels, salariés, en libéral, autoentrepreneurs. » [10]. La pair aidance repose sur l'intervention d'utilisateur ou ex-utilisateur des services de santé mentale – pair aidant certifié/médiateur de santé pair – auprès de ses pairs au sein de ces services [11].

Elle sous-tend par ailleurs l'idée que chacun, par son expérience de la maladie, peut se rétablir et recouvrer un certain *empowerment*, « processus par lequel l'individu prend le contrôle sur sa propre vie, apprend à faire ses propres choix, participe aux décisions le concernant » [12]. C'est l'une des briques du nouveau paradigme en santé mentale – le rétablissement et la notion de parcours – qui vient bousculer les pratiques

professionnelles, mais aussi les accompagnements des personnes, leur participation citoyenne, leur place dans la cité.

## Au cœur de l'accompagnement : les parcours et les orientations

### *La maison départementale des personnes handicapées : un processus d'obtention long*

La loi du 11 février 2005 a constitué une étape importante pour la reconnaissance du handicap psychique. L'instauration du principe de guichet unique avec la création des MDPH pour faciliter l'accès aux droits et prestations des personnes handicapées, pouvait nous laisser espérer des parcours plus fluides.

Pour mémoire, la MDPH exerce à l'échelle de chaque département une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil pour les personnes handicapées et leurs familles et une mission d'évaluation, d'attribution des droits et des prestations destinées à la compensation du handicap.

Or, l'évaluation des situations et l'orientation des personnes sont soumises à un processus d'obtention souvent long, qui nécessite le concours des psychiatres, notamment pour la constitution de la demande d'aide et de prestation : il s'agit d'un formulaire unique concernant toutes les formes de handicap pour les adultes comme pour les enfants. Le dossier a pour objectif d'évaluer le handicap et les besoins de compensation à partir des projets de vie des personnes. Il doit aboutir à une aide individualisée basée sur les besoins et les choix de vie de la personne.

Les prestations administratives et orientations clés de la MDPH – qui n'est pas un organisme payeur, mais permet l'ouverture de droits quand le paiement est assuré, selon les aides, par la CAF ou le département Aides spécifiques ou exceptionnelles.

### *Les limites du fonctionnement actuel*

Les principes et les réflexions pertinentes sur l'accompagnement et la place des personnes vivant avec des troubles psychiques ont cependant du mal à trouver une réalité concrète. Très vite la sectorisation, le cloisonnement – des services, des financements, des secteurs, des professions –, le manque de moyen, la lourdeur, la complexité administrative, mais également la multiplication et la diversification des dispositifs dans les champs sociaux et médicosociaux, quel que soit le public, le type de handicap ou l'âge des bénéficiaires ont eu raison des espérances des acteurs.

En 2017, à la croisée des champs sociaux et paramédicaux, on recense près de trente mille structures et plus de deux millions de places, dédiées à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et des personnes,

enfants et adultes, en situation de handicap ou vivant avec des troubles psychiques.

Force est de constater que pour une personne confrontée pour la première fois à un trouble de santé mentale, pour elle-même ou pour un proche, les choses ne sont pas plus simples. Même constat du côté des professionnels – des différents secteurs –, il leur est tout aussi difficile de savoir comment orienter leurs patients. Une difficulté majeure pour tous est donc d'accéder à une information claire, de se repérer face à la multitude et à la complexité des dispositifs sanitaires, sociaux, médicosociaux, de savoir quel chemin emprunter pour trouver rapidement aide et soutien. Cette connaissance est la clé de l'*empowerment*.

### **Faciliter l'accès à l'information pour les personnes souffrant de troubles psychiques en Île-de-France et les professionnels : le Céapsy**

Cinq acteurs associatifs, l'Œuvre Falret, l'APSI, l'ALVE, Regain, IRIS Messidor et Esperance Hauts-de-Seine, se sont lancés dans la création d'un centre ressources Île-de-France pour les personnes concernées par les troubles psychiques, pour leurs proches et pour les professionnels, le Céapsy. Il a pour objectif l'amélioration des parcours de vie des personnes concernées par les troubles psychiques par le biais d'un accès facilité à l'information sur les ressources en santé mentale en Île-de-France, sans se substituer aux dispositifs existants, et la coordination sur le territoire francilien des professionnels amenés à accompagner ces personnes.

Début 2017, après trois années d'expérimentation, il est pérennisé comme Centre ressource troubles psychiques Île-de-France sous forme de groupement de coopération social et médicosocial (GCSMS).

## Perspectives & enjeux

### *Dix-huit ans après la loi de 2005*

Le secteur social et médicosocial offre une large palette de structures adaptées mais pour autant un grand nombre de personnes reste sans solution pour plusieurs raisons :

- un manque de places ;
- une lenteur administrative, véritable frein à l'innovation, génératrice de rupture de parcours multiples ;
- des orientations et notifications administratives en contradiction avec les aspirations sociales et professionnelles ;
- des refus de soin, non-demande d'aide, hospitalisations inappropriées et ruptures de parcours ;

– des difficultés d’articulation entre les structures d’accompagnement et de soins.

### Zéro sans solution (2014)

En 2014, le rapport *Zéro sans solution* remis par Denis Piveteau, fort de ces constats, a conduit à un consensus sur les objectifs à mettre en place : « *le devoir collectif de permettre des parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* ». Ce rapport, unanimement salué par les associations et fédérations représentatives, nous invite à une profonde révision du dispositif et il enclenche une nouvelle dynamique et de nouvelles aspirations, d’une part, une plus grande souplesse dans l’orientation des personnes pour favoriser une logique de parcours et, d’autre part, une plus grande souplesse dans l’allocation de ressources.

### RAPT : réponse accompagnée pour tous

Les conclusions du rapport de Denis Piveteau *Zéro sans solution* ont conduit à la création de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », qui vient modifier profondément les pratiques d’accompagnement des personnes en situation de handicap.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la RAPT est entrée en vigueur ; il s’agit pour tous les acteurs de se mobiliser pour co-construire ensemble des solutions pour toute personne en situation de handicap qui le nécessite, ce qui implique le développement de nouvelles pratiques partenariales, une réforme de la tarification, le développement de la pair aide, l’organisation de la gestion des situations critiques, des formes innovantes d’orientations vers des dispositifs, etc.

La notion de « dispositif » [13] est désormais au cœur des évolutions attendues dans le médicosocial. Il s’agit de privilégier des modes d’organisation intégrée pour pouvoir moduler rapidement et efficacement l’accompagnement des personnes handicapées afin de répondre à l’évolution et à la variabilité des besoins. C’est une nécessité d’intégrer des réponses du sanitaire, du social et du médicosocial dans une logique de « Plateforme », qui implique la gestion des listes d’attentes, la création d’habitat intermédiaire et autres dispositifs évitant la rupture des parcours résidentiels, notamment.

### Collaborer pour mieux coordonner les parcours et construire collectivement de nouvelles réponses adaptées

Les différents acteurs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux, aux compétences et territoires définis, doivent non seulement apprendre à mieux se connaître mais également évoluer ensemble en envisageant leur champ d’action de manière moins restrictive et plus coordonner.

### Exemple de collaboration sociale et sanitaire : l’équipe mobile passerelle du Sud Yvelines, une action à domicile contre l’exclusion.

Un projet expérimental a été initié en 2016 par Les Résidences Yvelines Essonne, la Communauté psychiatrique de territoire Sud-Yvelines et l’Œuvre Falret suite à l’appel à projet de l’Union sociale pour l’habitat « 10 000 logements accompagnés », dont l’objectif est la promotion d’un accompagnement adapté aux besoins des locataires en HLM. Depuis d’autres bailleurs sociaux ont rejoint le dispositif innovant, qui consiste à « aller vers » des personnes en situation d’exclusion sociale dans leur logement social.

Ces locataires rencontrent des troubles psychiques ou psychosociaux identifiés par le bailleur, l’entourage proche, le voisinage ou d’autres partenaires. À leur précarité économique s’ajoutent leur isolement et souvent une grande détresse physique et psychique. Les spécificités de ce public sont qu’il est invisible, en rupture ou inconnu des institutions sociales ou de soins, qu’il ne demande rien bien qu’il ait besoin de tout.

L’équipe Mobile Passerelle parvient à établir un lien avec ces locataires, une évaluation et une orientation. Dans ce dispositif interinstitutionnel, les maîtres mots sont coopération et objectif commun : l’intérêt des personnes.

### Pour conclure

« La nécessité est de trouver des modes de collaboration qui tiennent compte, par-delà les logiques propres des dispositifs psychiatriques, sociaux et médico-sociaux, de la réalité complexe et instable des personnes en difficulté. Faire accepter aux professionnels les changements nécessaires implique des modifications dans l’organisation du travail et dans les identités de chacun » [14]. L’accompagnement global des personnes en dépend tant le secteur subit, comme la psychiatrie et plus largement le soin, un climat économique récessif.

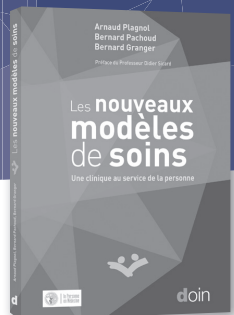
Il faut désormais penser des réseaux de services en santé mentale, utilisant pleinement les ressources d’un territoire, centrés sur les besoins de la personne pour favoriser son inclusion.

En outre, le champ du médicosocial doit redéfinir son action et la place de la personne accompagnée à travers le prisme plus large de la santé mentale, promouvoir le rétablissement et la notion de bien-être possible avec une maladie, ou un handicap, ainsi que l’*empowerment* qui engage des collaborations entre savoirs universitaires et expérientiels (médiateurs de santé pair et des formateurs pair).

**Liens d'intérêt** L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. Foucault M. *Histoire de la Folie à l'Age Classique*. Paris : Gallimard, 2007. p. 688
2. Cnaan RA. Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988 ; 11 : 61-77.
3. Loiseau C. *Éloge de Jean-Pierre Falret. Lu dans la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 18 décembre 1871*. Paris : Impr. E. Donnaud, 1872.
4. Rapport du comité administratif au conseil général de l'œuvre. Séance du 25 mars 1845.
5. Doron CO. L'émergence du concept de santé mentale dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique. *Pratiques en Santé mentale* 2015 ; 3 : 3-17.
6. Garrau M. *Les politiques de la vulnérabilité*. Paris : CNRS, 2018.
7. Ehrenberg A. Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue. *Revue française des affaires sociales* 2004 ; 1 : 77-88.
8. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde. Une personne sur quatre souffre de troubles mentaux*. 2001. [https://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/fr/](https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/) [https://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/fr/](https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/)
9. Ehrenberg A. *La Société du Malaise*. Paris : Odile Jacob, 2010.
10. Gardien E. De l'utilité des groupes de pairs pour produire des savoirs fondés sur l'expérience : l'exemple des entendeurs de voix. *Participations* 2018 ; 22 : 29-51.
11. Cloutier G, Maugiron P. La pair aide en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique* 2016 ; 92 : 755-60.
12. Jouet E et Greacen T. « Introduction. Rétablissement, inclusion sociale et empowerment en santé mentale ». *Pour les usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Toulouse : Èrès, 2012.
13. Guirimand N, Mazereau P, Lepège A. *Les nouveaux enjeux du secteur social et médicosocial. Décloisonner & Coordonner les parcours de vie et de soins*. Paris : Champ Social éditions, 2018.
14. Jaeger M. Les résistances respectives du sanitaire et du médicosocial. *Pluriel* 1999 ; 19.



## Les nouveaux modèles de soins

Une clinique au service de la personne

• Arnaud Plagnol  
• Bernard Pachoud  
• Bernard Granger


### Repenser le prendre-soin par des pratiques innovantes

De profondes mutations dans la conception des soins sont en gestation et convergent vers la même aspiration : une attention à l'humain, aux échanges, aux ressources et aux aspirations de la personne soignée, dans sa singularité inaliénable.


Cette nouvelle culture du prendre-soin nourrit déjà les pratiques soignantes et s'appuie sur des concepts novateurs issus des expériences de cliniciens engagés ou portés par des mouvements d'usagers.

Ce volume présente les plus dynamiques de ces nouveaux modèles de soins, leurs fondements, principes communs et développements cliniques concrets.

En savoir + sur [www.jle.com](http://www.jle.com)



Egalement disponible en Ebook



Collection **La Personne en Médecine**

- Octobre 2018
- 17 x 24 cm, 224 pages
- ISBN : 978-2-7040-1582-5
- 36 €

**doin** | **John Libbey EUROTEXT**