

Questions autour de l'accompagnement

Notre séminaire a traité

Du travail d'accompagnement par une équipe d'hospitalisation à domicile

Du travail d'accompagnement par un SAVS

Des réflexions sur l'accompagnement à partir du point de vue des usagers

Du travail d'accompagnement des familles au travers du programme pro famille

Les questions soulevées

Peut-on, doit-on différencier plusieurs types d'accompagnements ?

L'accompagnement psychothérapeutique, psychologique, de la vie sexuelle, de la vie quotidienne...l'accompagnement sanitaire.....médicosocial.... ???

Ou bien faut-il effacer toute distinction car le handicap psychique mobilise plusieurs registres qui se mordent les uns les autres ? n'existerait-il qu'un seul mode d'accompagnement qui d'ailleurs pourrait être assuré par toute personne volontaire partie prenante d'un groupe de soutien ?

Autrement dit faut-il aller vers un accompagnement despécifié ou spécifique ?

Quid de la fin de l'accompagnement ? Serait- ce l'espoir que la personne puisse s'accompagner toute seule ?

Quid du projet et de l'accompagnement ? Le projet est-il le support de la relation d'accompagnement ou bien la relation devient elle le support du projet ?

L'accompagnement comme service(s) rendu(s)

Jean-Yves Barreyre

SFM, 18 mai 2017

31 rue d'Amsterdam, 75, Paris

1°- La problématique de l'accompagnement

L'étymologie du terme renvoie à l'ancien français « compain », celui avec qui on partage le pain et par extension avec qui on partage un moment de vie. Mais cela s'applique surtout aux compagnons (de tente de soldats au départ), aux compagnes et aux compagnons d'un couple, à une collectivité « d'égaux ». Si une mère et son enfant partage un long moment de vie (et pour le moins partage le pain), on ne parlera pas de compagne et compagnon, les deux protagonistes n'ayant pas une position d'égaux dans la relation. Ce « pas de côté » de l'étymologie entre compagnon et accompagnement nous permet de poser d'abord la question d'un point de vue éthique

L'accompagnement, *-partager avec l'autre un moment de vie-*, suppose

- de clarifier les volontés et les raisons des protagonistes d'être ensemble provisoirement ou de manière plus pérenne,
- et de savoir et si les uns et les autres envisagent des moyens communs et /ou un but commun à ce vivre ensemble partiel ou global.

Il s'agit donc d'

Interroger, et comparer, les accompagnements professionnels à partir de

- la volonté,
- les raisons,
- les moyens communs
- et le ou les buts commun(s)

tels qu'ils sont perçus, exprimés, argumentés et/ou imposés par les uns et les autres, ce qui permet déjà, et d'abord, de poser les **règles éthiques de la rencontre accompagnée**, comme J. Habermas posait les règles éthiques de la discussion.

2°- Le primat du corpus

Les accompagnements professionnels dans le domaine de la santé sont issus historiquement de secteurs d'intervention construits politiquement et s'appuyant sur des corpus disciplinaires distincts. Cette approche disciplinaire de la connaissance, spécifique à l'université française, confortée par l'esprit cartésien et l'idéal révolutionnaire et jacobin de 1789 (lutter contre l'obscurantisme religieux, imposer par le haut une morale républicaine) et le positivisme d'Auguste Comte (faire de la science la

religion des temps modernes), a construit, en France particulièrement, des « *chemins balisés* » de la connaissance et de l'action, des secteurs d'intervention dominés par des logiques de corpus, qui ont imprégnées les institutions, lui ont fourni sa « colle forte », avec des cultures professionnelles, des rapports de forces et des positions de domination inscrites dans le ciment institutionnel, un esprit de corps (et de corpus) qui a traversé toutes les professions du sanitaire, du social et du médico-social.

3°- Le modèle social du fonctionnement humain, de la santé et du handicap

L'avantage des approches disciplinaires, notamment au XXème siècle, dans ce moment historique de développement de la recherche médicale, illustrée par les différentes versions de la CIM, est le développement simultané des savoirs et des savoirs faire cliniques, aussi bien médicales, que sociales et éducatives.

Le problème des cliniques dans un contexte institutionnel construit sur le corpus, c'est que les cliniciens ont tendance à en faire des doxas institutionnels, construisant une seule perspective dominante et un seul objet, celui du « patient », celui du « résident » voire celui de l'utilisateur.

Le modèle social du fonctionnement humain, porté par les personnes -objet des cliniques, ou ce que nous avons appelé ailleurs « l'approche civique » des situations de vulnérabilité, va peu à peu remettre en cause les hégémonies disciplinaires construites dans des secteurs d'intervention spécialisée.

L'approche civique est issue du débat autour de la théorie de la Justice de John Rawls et des paniers de biens essentiels partagés par l'ensemble des membres d'une société (démocratique) donnée. C'est d'abord une approche par les droits fondamentaux qui construit un langage commun que l'on va retrouver dans la CIF prônée par l'OMS.

La CIF, partant de la définition de la santé par l'OMS, définit **les domaines de vie** qui participent du bien être physique, psychique et social d'une personne dans son fonctionnement et son développement habituel. Elle est donc précieuse pour évaluer les potentialités et les limitations fonctionnelles de la personne. Elle permet avec elle de définir un projet global pour optimiser ce bien être.

L'approche civique remplace-t-elle les approches cliniques ? La réponse est clairement « non ». Les approches cliniques, comme les expertises d'usage ou domestique, sont au service d'une approche civique.

Toute chose égale par ailleurs, les corpus disciplinaires construisent une pensée, une manière de problématiser et d'analyser un objet de la nature qui devient objet disciplinaire. L'expérience clinique et/ou scientifique donne corps et vie aux savoirs théoriques et universitaires.

Mais les corpus dans les institutions « totalisantes » (Goffman) participent du ciment institutionnel.

4°- Ce qui est spécifique c'est l'espace et le temps de vie de l'accompagnement

Le partage avec l'autre d'un moment de vie repose sur une exigence ou un interdit : le choix partagé des lieux de vie de l'accompagnement (ou l'interdit d'un espace obligé).

Il n'y a pas d'accompagnement dans un espace spécialisé, seulement du curatif, de l'éducatif ou de l'enseignement...

Donc des soignants, des éducateurs ou des pédagogues qui envisagent l'accompagnement comme s'ils étaient dans un espace « clinique », au sens large du terme, font autre chose, mais en l'occurrence, ils n'accompagnent pas.

La question problématique aujourd'hui n'est pas celle des corpus ou des cliniques, c'est celles des institutions du XXème siècle, construites par secteurs, et qui s'accrochent à un paradigme obsolète, celui de l'établissement et non celui du service rendu.

L'accompagnement s'effectue dans et par les services : services de suite, SAD, SESSAD, SAVS, SAMSAH, SPASAD mais aussi équipes CMP, CMPP, jusqu'à l'HAD et les soins palliatifs à domicile.

Issus de secteurs et de politiques et de cultures séparés, les « services » se sont longtemps ignorés, jusqu'à la révolution douce des années 2000.

Aujourd'hui les plateformes de services répondent d'abord aux besoins des gens et des territoires et non à une extension extra-établissement (un service de suite comme on disait dans les années quatre vingt dix.

L'analyse doit donc porter sur les « services rendus par les services » (projet R.O.R.) en fonction de leurs compétences et de leurs capacités de coopération avec les autres ressources du territoire.