

Actes du colloque

CRESAM - Claire BIVORT

Santé mentale et pauvreté
**FAIRE
LIEN
& prendre
soin**

Rapport provisoire – septembre 2016

Actes du colloque organisé par le Centre de Référence en Santé Mentale, asbl, en partenariat avec la coopérative Cera, dans le cadre d'une recherche-action « Faire lien et Prendre soin ».
Namur – le 9 juin 2016

TABLE DES MATIÈRES

SÉANCE PLÉNIÈRE

Présentation de la phase exploratoire de la recherche-action « Faire lien & Prendre soin » - Claire BIVORT, CRéSaM

Échanges

Retour d'expérience de recherches action menées auprès des publics précarisés - Michel JOUBERT, Sociologue, Professeur à l'Université Paris VIII

Echanges

ATELIERS

Atelier 1 : Sortir des préjugés, des étiquettes et des processus de stigmatisation

Atelier 2 : Co-construire un projet avec les usagers

Atelier 3 : Décloisonner les champs d'action et mutualiser les ressources

Atelier 4 : Intégrer les projets et les publics dans la communauté

Séance plénière

ACCUEIL

CHRISTIANE BONTEMPS, DIRECTRICE DU CRÉSAM

Bonjour à tous et bienvenue...

La recherche-action « Faire lien & Prendre soin »

C'est avec plaisir que nous vous accueillons aujourd'hui pour travailler ensemble cette question de l'articulation entre pauvreté et santé mentale et surtout pour chercher ensemble des solutions concrètes à mettre en place pour rencontrer les besoins de ces personnes doublement en souffrance.

Si vous êtes venus en nombre, c'est parce que vous êtes confrontés à ces situations, pour vous-même peut-être ou pour des personnes que vous côtoyez et vous voulez apporter des réponses. C'est en tout cas pour cela que nous vous avons invités.

Cette journée s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action que nous menons au CRÉSAM depuis bientôt un an avec pour finalité d'encourager le développement de projets qui répondent aux besoins des personnes cumulant difficultés psychiques et situation de pauvreté ; et pour objectif de soutenir l'élaboration concertée de réponses adaptées à ces publics.

Le partenariat

Ce projet est le fruit d'un partenariat qui s'est co-construit pendant 2 ans entre la Coopérative Cera et l'asbl CRÉSAM. Cera d'une part, soutient notamment l'amélioration de l'image de la santé mentale et le renforcement de son accessibilité. Son fil rouge dans les projets sociaux qu'elle soutient se situe dans différents axes : l'appropriation des soins et services par la collectivité, la participation des bénéficiaires et l'innovation dans les soins (à penser en concertation). Le CRÉSAM d'autre part, soutient l'accessibilité aux soins, notamment pour les publics particulièrement fragilisés, et accompagne les acteurs de santé mentale, les SSM plus particulièrement, dans ce qu'ils peuvent mettre en place sur leur territoire, avec leurs partenaires, pour rencontrer les demandes qui leur sont adressées et les besoins de leur population.

Objectif du colloque

Le colloque du jour s'inscrit dans ce projet avec pour objectif de mener une réflexion collective autour de la problématique de la pauvreté et de la santé mentale, et ; plus précisément de mener une réflexion collective autour de l'élaboration d'initiatives concertées allant à la rencontre de ce public afin de vous permettre d'avancer dans vos questionnements et d'être mieux outillés pour élaborer une réponse à destination de ce public.

Nous allons donc vous mettre au travail, notamment dans les ateliers de cet après-midi mais aussi dès à présent.

Temps d'arrêt

Vous avez reçu des post-it et nous allons vous demander de prendre deux-trois minutes maintenant pour réfléchir à ce que vous avez vraiment envie de dépasser. Si vous êtes venus ici, c'est que vous

avez des questions par rapport à vous-même ou par rapport au public que vous accompagnez :
quelles sont les questions auxquelles vous cherchez des réponses ?

Peut-être avez-vous des pistes, des bonnes idées, des éléments sur lesquels il vous semble important d'agir, des pratiques qui ont fait leurs preuves...

N'hésitez pas à twitter et retwitter...

Cette mise en mots est à poursuivre tout au long de la journée et à afficher à différents endroits dans la salle de la pause-café ici et à côté dans les espaces prévus pour.

Étapes

Cette journée est une des étapes du projet qui en compte 6 (après une phase exploratoire)

1. Aller à la rencontre du terrain ;
2. Réunir lors d'une table ronde les acteurs des initiatives rencontrées ;
3. Lancer un appel à projets ;
4. Organiser un colloque ;
5. Suivre et accompagner les projets sélectionnés ;
6. Publier les enseignements et organiser des ateliers de transmission.

Appel à projets

Avant de rentrer dans le vif du sujet, je voudrais vous dire un mot de l'appel à projets que nous avons lancé avec la coopérative Cera pour soutenir le développement d'initiatives qui visent l'empowerment, l'estime de soi et le renforcement des liens sociaux des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale et vivent dans une situation de pauvreté. Il est important de penser ces projets ensemble, entre partenaires et avec les personnes directement concernées et de s'appuyer sur des structures ou des associations existantes.

Nous sommes heureux de la façon dont vous vous êtes mobilisés en peu de temps pour nous faire connaître vos intentions de relever ce défi. Plus de 30 formulaires d'intention nous sont parvenus et nous ont permis d'affiner la préparation de cette journée.

Les formulaires de candidature sont disponible sur notre site et vous aurez jusqu'au 17 octobre pour affiner les contours de votre projet. Il n'y a pas obligation de rentrer un formulaire d'intention pour rentrer une candidature.

Merci

Ce travail et cette journée se serait pas possible sans l'aide, le soutien et la contribution de toute une série de personnes que nous tenons à remercier chaleureusement.

D'abord à vous, notre public du jour pour votre contribution à ce travail, pour tout ce que vous mettez en place dans vos services et/ou ce que vous allez développer.

Je tiens tout d'abord à remercier la coopérative Cera de nous donner la possibilité de réaliser ce projet et de nous faire confiance pour qu'il puisse aboutir, dans un partenariat constructif, et particulièrement Carmen de Crombrughe ici présente.

Merci aussi à la Région wallonne, au Ministre de la santé et à l'administration qui nous permet de fonctionner et de travailler en nous reconnaissant en tant que Centre de Référence en Santé Mentale. Merci particulièrement à l'administration du SPW, dorénavant l'AVIQ, représentée aujourd'hui par Emmanuelle Demarteau et Samuel Martin.

Merci à l'équipe de l'Illon qui a poussé les murs afin de pouvoir tous nous accueillir aujourd'hui.

Merci tout particulièrement au Conseil d'administration qui nous soutient dans la réalisation de nos missions.

Merci au groupe consultatif de la recherche-action qui nous aide à baliser cet ambitieux projet.

Merci aux intervenants du jour que vous allez découvrir tout à l'heure et dans les ateliers cet après-midi.

Et bien sûr, merci à l'équipe du CRéSaM, en particulier à Claire Bivort est au four et au moulin dans la coordination de ce projet. Merci aussi à l'accueil : Françoise et Séverine et aux responsables de projets : Pascal, Marie, Renaud, Chadia et Delphine qui veilleront à encadrer les ateliers et à recueillir les bonnes idées.

PRÉSENTATION DE LA PHASE EXPLORATOIRE DE LA RECHERCHE-ACTION

« FAIRE LIEN & PRENDRE SOIN »

CLAIRE BIVORT, RESPONSABLE DE PROJET AU CRÉSAM

Initiée grâce à un partenariat entre la coopérative Cera et le CRÉSAM, la recherche-action « Faire lien & Prendre soin » s'intéresse prioritairement aux personnes vivant une situation de double exclusion relevant à la fois de problèmes de pauvreté et de santé mentale.

Ce projet vise à soutenir concrètement l'élaboration concertée de réponses adaptées aux souffrances rencontrées par ce public et à favoriser ainsi l'empowerment, le renforcement de l'estime de soi et la reconstruction de liens sociaux.

Six étapes sont envisagées (rencontre du terrain, table ronde, appel à projets, colloque, accompagnement des projets sélectionnés, publication des enseignements et ateliers de transmission) lors desquelles, tous les acteurs, professionnels de santé mentale, de l'action sociale et personnes en situation de double exclusion seront consultés, appelés à débattre et à réfléchir collectivement autour de la problématique. L'objectif étant de faire émerger des réponses adaptées qui font sens pour les acteurs concernés.

Population concernée

La recherche-action s'intéresse prioritairement aux personnes vivant une situation de double exclusion relevant à la fois de problèmes de pauvreté et de santé mentale.

Que recouvre le terme de « souffrances psychiques et sociales » ?

La pauvreté et l'exclusion sociale touche au bien être des individus. Une souffrance psychique peut prendre racine sur des conditions de vie difficiles comme un logement inadéquat, une perte d'emploi ou des revenus insuffisants. Lorsque ces difficultés se cumulent, elles peuvent engendrer une dégradation de l'état de santé mentale : alcoolisme chronique, polytoxicomanie, découragement, dépression, trouble du comportement¹.... Par ailleurs, certains troubles psychiques reconnus, comme la schizophrénie, peuvent aussi conduire à l'appauvrissement des personnes qui en souffrent. A leur maladie, viennent s'ajouter des angoisses liées notamment à la stabilité de leur emploi, aux coûts engendrés par les médicaments et les hospitalisations lors des rechutes.

Dans un cas comme dans l'autre, le lien social est généralement mis en difficulté voir fortement attaqué. Il devient difficile d'être en lien avec les autres mais aussi d'être bien avec soi-même. La stigmatisation, la perte de ses droits fondamentaux, une incompréhension de la situation de la part des autres entraîne la personne dans une solitude toujours plus grande. À cela s'ajoute l'appréhension des problèmes à venir.

Cette double exclusion peut se traduire par des détresses multiples et une grande solitude, ce qui suppose une attention impliquant autant des acteurs de l'aide sociale que de la santé mentale. Les problèmes sociétaux étant actuellement fortement individualisés, ces personnes se retrouvent,

¹ Jean FURTOS

pour une part importante d'entre elles, en incapacité de se révolter face à leurs conditions de vie injustes.

Le contexte

Les personnes cumulant problèmes de santé mentale et situation de pauvreté ne peuvent faire face seuls à leurs problèmes. Cependant il existe des freins à l'accessibilité de ce public aux différents services du secteur de l'action sociale et de la santé mentale.

La complexité et la fragmentation du réseau entraîne une méconnaissance respective et un éclatement de l'individu.

Pour l'utilisateur, la mobilité, le coût, la charge stigmatisante, les injonctions paradoxales qui peuvent lui être faites, la perte de confiance en soi, un sentiment de honte, sa marginalisation sont autant d'éléments qui peuvent rendre difficile la sollicitation d'une aide adéquate.

Du côté de l'action sociale, une personne présentant des problématiques de santé mentale peut mettre en difficulté le travailleur vis-à-vis de la prise en charge qu'il est en mesure de lui proposer. Une tension peut exister chez les travailleurs sociaux quand ils sont face à ce public entre leur mandat social et leur volonté de prendre en compte la souffrance psychique.

À l'inverse, pour le secteur de la santé mentale, le manque d'objets sociaux possédés par l'utilisateur peut être un frein pour une prise en charge thérapeutique. La personne doit vivre dans un cadre sécurisant pour que le psychologue puisse aborder les problèmes psychiques. De plus, l'enchevêtrement des problématiques peut rendre difficile le diagnostic

Prise en charge

Lorsqu'il est question de détresses multiples une prise en charge combinée et souvent indiquée.

Des besoins identifiés

L'exploitation des données récoltées lors des rencontres de terrain a permis de mieux situer les enjeux, les difficultés, les contraintes des acteurs mais également les pistes de solutions existantes. Différents constats ont pu être identifiés ainsi que quelques éléments sur lesquels il semble, à ce stade-ci de la recherche, important d'agir.

Un premier constat porte sur les besoins et sur l'importance de bénéficier de lieux qui portent attention à :

- Prendre soin
- Instaurer un climat de bienveillance
- Briser l'isolement
- Mettre de l'humanité dans les rencontres
- Favoriser le lien social, l'amitié, la solidarité et le bien-être
- Offrir un accueil inconditionnel
- Déstigmatiser
- S'ouvrir au tout public, à la mixité

- Donner la possibilité aux usagers d' « être », sans devoir toujours être dans le « faire »
- Donner aux usagers la possibilité d'être utile
- Etre écouté et pouvoir communiquer
- Prévenir
- Viser l'intégration plutôt que l'insertion
- Donner une place aux usagers

Constats

Différents éléments ont été constatés qui rendent difficile la rencontre de ces besoins identifiés.

Problèmes de communication

Premièrement, les problèmes de communications peuvent avoir comme effet de diffuser la responsabilité des différents acteurs en présence.

« Parfois il y a tellement de personnes différentes autour d'un usager qu'il n'y a pas de personne référente, chacun se repose sur son collègue »

De même, si les acteurs ne communiquent pas, plusieurs professionnels peuvent se retrouver à faire le même travail autour d'une même personne.

Le manque de communication participe à la méconnaissance respective des acteurs. Cette méconnaissance peut aboutir à une certaine mystification des pouvoirs accordés à certains secteurs, professionnels ou personnes, ainsi qu'une certaine ignorance des actions mises en place, pertinentes pour certains usagers.

L'absence d'échange crée des pertes d'informations utiles entre les différents interlocuteurs. Malheureusement, le temps manque bien souvent pour communiquer et apprendre à mieux se connaître.

Fonction « compensatrice »

Certains services ou personnes se retrouvent contraint à devoir accepter des usagers pour compenser les limites et critères d'acceptation mise en place par d'autres services afin que ces personnes puissent avoir une place quelque part, même si ce n'est pas l'idéal. Certains services doivent également compenser l'inexistence de structures adaptées.

« De plus en plus de centres psychiatriques prennent la place des services sociaux. Il s'agit d'une détresse sociale mais ces personnes ne peuvent aller nulle part. C'est une détresse psychique d'origine sociale mais il n'existe rien dehors pour répondre à cette détresse sociale. Du coup, ils viennent en hôpital psychiatrique. »

« X., on ne le prend nulle part, autant qu'il soit ici même si ce n'est pas sa place. »

Priorités et timings différents

Un autre constat qui peut venir compliquer l'accès aux soins et la continuité du suivi concerne les priorités et les timings qui ne sont pas les mêmes pour tous les acteurs.

Par exemple, les besoins prioritaires identifiés ne vont pas être nécessairement les mêmes pour les professionnels ou pour les usagers. De même, le timing d'un professionnel ne sera pas nécessairement toujours compatible avec des usagers. L'utilisateur peut mettre un certain temps à « être prêt » à entamer le travail demandé par le professionnel.

- *« Quand on est trop pris dans des difficultés sociales, il est difficile de se mettre au travail à un niveau plus psy. »*

Action sociale / Santé mentale

Entre le secteur de l'action sociale et de la santé mentale, les priorités peuvent être ressenties comme différentes concernant les notions de bienveillance, de contrôle et de prise en compte du temps humain.

- *« Le temps humain n'est pas toujours bien pris en considération chez nos partenaires alors que chez nous on n'est pas tenu par une limite de temps. Ces services ne sont pas toujours « attentionnés ». C'est lié à l'institution, elle a d'autres contraintes ».*

La notion d'urgence peut aussi revêtir des réalités différentes selon le secteur professionnel, ce qui n'est pas toujours facile à comprendre quand l'urgence ressentie par l'un ne l'est pas par l'autre.

- *« Dans l'ambulatorio (SSM), on voudrait que l'hôpital pense directement à la sortie. Et l'hôpital dit: on a bien le temps d'y penser »*

Isolement des professionnels

L'isolement dans lequel peuvent se retrouver certains professionnels peut rendre difficile la prise en charge sur le long terme de personnes présentant des situations complexes et fortement intriquées car il lui est impossible de partager ses difficultés. Au sein d'une équipe ayant différents mandats ce travailleur peut même susciter de l'incompréhension de la part de ses collègues occupant d'autres fonctions.

- *« L'AS est la seule référente sociale au sein du service logement dans lequel elle travaille. Ses collègues ne comprennent pas vraiment ce qu'elle fait. Elle ne bénéficie pas de réunion d'équipe. »*

Cette solitude peut donner l'impression au professionnel d'être démunie et de ne pas posséder les bons outils pour pouvoir offrir une prise en charge adéquate.

Isolement des usagers

L'isolement, qui est une des caractéristiques des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et vivant une situation de pauvreté, diminue l'accessibilité aux soins. Cet isolement est bien souvent le cas de plusieurs facteurs combinés :

- Par manque de mobilité
- Par manque de moyens

- Par manque d'offres sociales mais aussi culturelles
- Par peur d'être mal accueilli
- Par peur d'être stigmatisé
- Par l'étiquetage stigmatisant des lieux
- Par les *a priori* négatifs

Lacunes dans la continuité des soins

La temporalité d'un suivi implique fait qu'il y a, à certains moments, de nouveaux besoins qui naissent ou des suivis qui prennent fin car ils ne sont plus justifiés. Malheureusement, des lacunes dans la continuité des soins peuvent apparaître et mettre à mal les actions préalables ou les objectifs poursuivis.

- *« J'ai une collègue de chambre qui ne voulait plus sortir de chez elle. Elle s'est fait soigner. Mais maintenant, elle ne veut pas revenir chez elle car elle trouve qu'elle n'est pas assez bien mentalement pour ça. Pourtant, elle sait tout faire normalement. Mais elle doit quitter l'hôpital, elle n'y a plus sa place. Récemment, elle s'est volontairement fait tomber du lit pour prolonger son séjour. Il faudrait lui trouver un logement plus approprié. On ne va quand même pas rester toute notre vie en hôpital psychiatrique. »*
- *« On ne peut pas aller mieux car si on va mieux, on ne pourra plus venir ici! »*

De même, l'engorgement de certain service ne permet pas toujours à l'utilisateur de bénéficier de la prise en charge dont il aurait besoin.

- *« Il lui faudrait un logement communautaire mais les listes d'attente sont longues ».*

Points d'attention : Des éléments sur lesquels agir

Ces différents constats ont permis de déterminer quelques éléments sur lesquels, à ce stade-ci de la recherche, il semble important d'agir pour permettre aux personnes présentant des problèmes de santé mentale et vivant dans une situation de pauvreté de bénéficier de soins les plus adéquats possibles.

- Méconnaissance des acteurs/des réseaux
- Isolement des professionnels et des usagers
- A priori, préjugés, stigmatisation, étiquetage
- Lacunes dans la continuité dans les soins
- Décalage des timings et des priorités
- Difficultés d'accès

Outils, leviers et pistes de solutions

Au cours des différentes rencontres réalisées dans le cadre de la recherche, différents outils, leviers et pistes de solutions ont été mentionnés pour agir sur les éléments identifiés.

Au niveau institutionnel

Au niveau institutionnel, organiser des rencontres entre secteurs sur forme de concertations, formations, supervisions, interventions, collaborations interdisciplinaires, échanges informels peut permettre d'agir sur certains éléments identifiés. Mutualiser les moyens, d'avantage de collaborations et s'appuyer sur les ressources (des usagers, du réseau, etc.) extérieures sont autant d'outils à disposition des institutions pour élargir son champ de ressources. L'utilisation de ces outils entraînent l'ouverture des services vers l'extérieur et les décloisonnent.

Au niveau du suivi

Au cours de la recherche-action, plusieurs pistes ont été proposées par les personnes rencontrées concernant les suivis des usagers par les professionnels.

Premièrement, le plus important semble d'offrir aux usagers une écoute attentive, respectueuse et bienveillante quel que soit la situation. Partager des moments informels, usagers et professionnels participe aussi aux soins et à l'aide apportée.

Diversifier les modalités de rencontre (se rencontrer en grand groupe, en petit groupe, entre pairs, en groupe mixte, etc.) et diversifier les supports à la rencontre (groupe de parole, création d'une œuvre d'art collective, moments festifs, prendre possession de l'espace public) permet d'une part à chacun de choisir son espace d'expression dans lequel il se sent le mieux, de partager et de se mettre en lien et, d'autre part, de couvrir les différentes facettes d'un objectif. Par exemple, l'objectif de recréer du lien social peut se décliner en retrouver du lien avec les professionnels, les pairs, les proches, le voisinage, la société, etc. Multiplier les possibilités d'échange et de rencontre permet de proposer différentes porte d'entrée à un même projet.

Créer des moments conviviaux, proposer des lieux où différents publics peuvent se croiser, en veillant à ce qu'il n'y ait pas de violence psychique, est très enrichissant. Créer des liens de proximité est contenant pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et vivant dans la pauvreté.

Aider une personne marginalisée à se raccrocher à des aidants (professionnels, famille, amis, etc.) est une première étape essentiel pour sortir de la solitude.

L'importance de travailler dans la continuité a été également souligné au cours de la recherche-action.

Au niveau de la société

Lorsqu'une personne est isolée, marginalisée et qu'elle a perdu toute capacité à se révolter face à sa situation injuste, il est important que quelqu'un d'autre lui insuffle à nouveau l'envie de participer activement aux évolutions sociales. Un autre levier est de permettre à chacun, sans distinction, de pouvoir prendre possession de l'espace public s'il le souhaite.

Avoir comme objectif l'intégration, c'est-à-dire demander à la personne de s'intégrer dans un monde en constante évolution, un monde dans lequel il peut lui aussi impulser des changements, plutôt que lui demander de s'insérer dans le monde tel qu'il est favorise le bien-être.

Il est essentiel d'intégrer une réelle visée sociale à tous les projets.

En résumé

Les quelques mots les plus récurrents dans le discours de la recherche-action sont : les besoins de plus d'humanité dans les échanges, d'améliorer la communication à tous les niveaux et de créer davantage de mixité.

Conditions de réussite

Pour que de nouveaux projets puissent prendre racine, quelques conditions de réussite ont été épinglées. Premièrement, il est très important, pour qu'un projet suscite de l'intérêt, que les acteurs concernés aient pu expérimenter les avantages des nouvelles modalités de rencontre. L'établissement d'un cadre clair permet ensuite au projet de garder sa ligne directrice. Un peu de souplesse est néanmoins nécessaire pour que le projet puisse s'adapter aux personnes auxquelles il s'adresse. La confiance de la direction permet l'expérimentation et l'élaboration de projets novateurs. Il est important, également, de penser les rencontres, non comme une fin en soi mais comme autant de moyens d'arriver à ses objectifs. Et enfin, bénéficier d'un appui logistique (local, secrétariat, etc.) est non négligeable pour pouvoir mener un projet à bien.

Points d'attention

La mise en place de projets à destination des personnes présentant des problèmes de santé mentale et vivant une situation de pauvreté demande une constante réflexion. Il est important, malgré les changements et les évolutions que peut connaître un projet, que celui-ci garde du sens pour les acteurs concernés.

La temporalité d'un projet est lui aussi à questionner. Un projet a son cheminement propre ; il ne doit pas nécessairement être « grand » dès le début ni remplir un nombre important d'objectifs. Il peut commencer de façon modeste et évoluer en fonction des besoins du public et des personnes impliquées.

Des difficultés peuvent apparaître dans le discours des projets et poser de nouvelles questions, notamment concernant l'implication et l'adhésion du public au projet. Un projet peut connaître des moments forts, avec beaucoup de participants et des moments où tout semble s'essouffler. De même, proposer des rencontres en groupe mixte ou homogène est continuellement interrogé. La personne se sentira-t-elle plus en confiance avec un groupe de pairs ? Une réelle mixité est-elle possible ?

Il ne faut pas oublier qu'un échec est toujours possible lorsque de nouveaux projets sont mis en place. Connaître un échec ne veut pas dire que tout est perdu. Parfois plusieurs échecs sont nécessaires avant de connaître la bonne formule pour rencontrer les priorités et les timings de son public.

Plus-values

S'interroger sur la meilleure manière de rencontrer un public fortement isolé peut permettre, à terme, une évolution des représentations de la pauvreté et de la santé mentale et davantage de relation sociale.

Questionner les pratiques et les logiques de d'hyper-activation est important pour donner la possibilité aux usagers d' « être » sans que ne pèse sur lui trop d'attentes.

Synthèse des réactions du public

- ⇒ Les usagers ont souvent peur que le souhait des professionnels de travailler en réseau aille vers plus de contrôle car les informations seraient davantage partagées. Il est vrai qu'en tant que professionnels, nous avons parfois envie de mieux connaître la situation de l'un ou l'autre. En même temps, il faut être très attentif à respecter notre champ d'action et le souhait des usagers de garder certaines zones d'ombre. En tant que professionnels, nous sommes confrontés à cette tension ; qui renvoie à la question du secret professionnel partagé.
- ⇒ Une question d'ordre méthodologie : J'ai l'impression que la recherche-action porte davantage sur le contexte « micro » des usagers et des professionnels des deux secteurs et très peu sur le contexte « macro » qui a pourtant des impacts terribles. Par exemple, dans le secteur social, nous devons faire face à une politique d'hyper-activation. Dans le secteur de la santé mentale, je vois aussi des politiques d'économies d'échelle, qu'on a appelé « réforme en psychiatrie », qui ont aussi des impacts. Certains impacts sont similaires pour les deux secteurs : aujourd'hui nous devons soigner sur le lieu de vie de la personne. Or, certaines personnes n'ont pas de lieu de vie, pas de maison. Ces personnes, déstructurées, vivent un syndrome d'exclusion et ne sont pas dans une demande. On nous demande d'aller sur le terrain avec une approche extra hospitalière mais cette approche ne va pas contenir un public en grande précarité. Je vous donne un autre exemple de logique qui peut favoriser les exclusions, tant dans le domaine de la santé mentale que dans celui de l'action sociale. Aujourd'hui si une personne a un problème d'alcoolisme, elle n'est plus prioritaire pour une mise en observation. C'est une des réalités que nous, professionnels, vivons, et je pense qu'il est important de poser un regard sur ces logiques, et de proposer des pistes.
- ⇒ Il est demandé aux travailleurs de rester très attentifs à un cadre de pensée, un cadre théorique, des références mais certains éléments du cadre théorique nous empêchent aussi de travailler avec un public en très grande précarité. Je pense notamment à ces logiques, qui sont aujourd'hui fortement diffusées, qui disent que nous devons nous baser sur une demande, sur des objectifs et sur la préparation d'un type d'intervention programmée, évaluée. Je pense qu'avec les publics en grande précarité, cela ne marche pas. Ce public ne va pas rentrer dans une case et le professionnel risque d'être pris dans ces logiques, ce qui posera problème.
- ⇒ Il y a une discrétion à avoir concernant les informations que nous possédons en tant que professionnels. C'est parfois difficile quand nous savons que nos usagers racontent tout, même les choses les plus intimes. Il est important de rester attentifs à ce devoir de discrétion, tant sur ce qui est dit que sur ce qui n'est pas dit. Notre rôle consiste à accompagner les personnes vers de bonnes oreilles. C'est un public qui nous met au défi par rapport à nos manières habituelles de travailler et par rapport à notre modèle d'intervention.
- ⇒ J'ai deux remarques à partager. Dans les conclusions de la recherche-action, la place de l'enfant ou de l'adolescent n'a jamais été soulevée. Or, nous savons que les conséquences sont dramatiques en termes de développement et de construction pour ces adultes de demain. Nous, les professionnels sommes en difficultés par rapport au soutien que nous devons apporter aux adultes, aux parents. Malgré le réseau est mis en place autour de ces personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale, il y a aussi des difficultés pour les aider dans l'exercice de leur

responsabilité parentale. Je suis un peu surpris que ça ne soit pas soulevé et que ça ne ressorte pas dans la recherche.

- ⇒ Il faut savoir que lorsqu'un enfant est hospitalisé en psychiatrie, c'est souvent pour une courte durée, ce qui ne permet pas de réaliser un travail de fond. Le retour à la maison peut entraîner beaucoup de problèmes, financiers notamment (ambulance, hospitalisations répétées, ...). Il serait important d'y réfléchir. Pourquoi ne pas faire un travail de fond avec l'enfant et la famille plutôt que de le voir revenir tous les 6 mois.
- ⇒ J'accompagne des femmes dans des situations de violence ; il s'agit majoritairement de femmes migrantes. Nous sommes dans une société qui favorise l'émergence de problèmes de santé mentale : de plus en plus de personnes tombent dans la pauvreté, l'accueil des migrants laisse à désirer, ... Dans les centres d'accueil, beaucoup de migrants décompensent. Dans cette étude, j'aurais souhaité que soient abordées les décompensations psychiques liées à l'environnement, aux situations difficiles telles que la discrimination, les violences faites aux femmes. On essaye de trouver des solutions pour ces femmes mais nous avons de plus en plus de cas de décompensations devant lesquelles les professionnels ne sont pas préparés.
- ⇒ Ce qui m'avait frappé dans la recherche que j'ai menée dans le cadre de mon travail, c'est que beaucoup de personnes disaient qu'elles avaient l'impression que les services sociaux ne servaient plus - ou pas - à être entendu et écouté simplement sur ce qu'elles avaient à dire. S'il n'y avait pas de demande, il n'y avait pas de suivi. Certaines personnes disaient presque qu'ils « cherchaient une demande » pour aller voir l'assistant social. J'ai l'impression que les services ambulatoires généralistes sont de plus en plus administratifs ; les travailleurs eux-mêmes se rendent-compte qu'ils en oublient parfois de prendre tout simplement le temps de savoir comment les gens vont... Quand quelqu'un arrive sans demande, il est important de l'écouter sans se donner directement des objectifs concrets d'organisation, d'avancée, etc. Je pense que même les travailleurs sociaux seraient parfois soulagés de s'enlever ce poids de toujours devoir être dans l'action, avancer sur le dossier, trouver des solutions. Beaucoup de gens témoignent de l'importance d'être simplement écoutés sans autres exigences dans la relation. Tous ces projets qui font le lien entre l'hôpital et les services sociaux pourraient ramener à la fois de l'humanité mais aussi une assurance que ces personnes soient bien prises en charge à la sortie de l'hôpital, même sans demande. Il y a beaucoup de projets dans ce sens-là qui sont assez parlant.
- ⇒ Je travaille dans ce secteur depuis 20 ans et il faut reconnaître qu'il y a une nouvelle culture qui s'est progressivement installée : la culture du contrat. Le contrat s'articule automatiquement aux résultats. Avec ce public, il faut pouvoir travailler autrement. Avec mon équipe nous essayons de développer une nouvelle méthodologie, la méthodologie du lien, du vide. A partir du vide, symboliquement, nous pouvons travailler avec les personnes qui effectivement sont dans l'errance, dans la marginalisation. Elles ne sont pas plongées là-dedans uniquement à cause d'une série de conséquences ou d'accidents de la vie. Elles ont énormément de choses à nous apprendre. Elles peuvent nous renvoyer toute une série de pratiques et d'intelligence citoyenne et collective et une réappropriation du territoire que nous avons peut-être oubliée parce que nous sommes un peu formatés et confinés dans nos pratiques quotidiennes.
- ⇒ Je voulais aborder la question de la surmédicalisation. Un patient ne sait pas ce qu'il prend ni pourquoi il le prend. On ne lui explique pas assez comment gérer ses médicaments, ce qui peut déboucher sur des retours aux urgences. Il est très important que le patient bénéficie d'un suivi et d'une explication sur la prise de ses médicaments.

RETOUR D'EXPÉRIENCE DE RECHERCHES ACTION MENÉES AUPRÈS DES PUBLICS PRÉCARISÉS

MICHEL JOUBERT, SOCIOLOGUE, PROFESSEUR À L'UNIVERSITÉ DE PARIS VIII

Les politiques locales de santé

Les recherches-actions sont des lieux de réflexion collective entre professionnels et chercheurs. L'objectif étant de produire des diagnostics partagés sur la situation du terrain, sur les besoins des publics et sur les possibilités d'amélioration ou de transformation des manières de travailler, au regard de l'expression de ces besoins.

La première recherche-action sur laquelle j'ai été amené à travailler avait pour sujet la prévention spécialisée. Il s'agissait d'un travail auprès des jeunes appartenant à certains quartiers spécifiques en grande difficulté et en souffrance. Ces jeunes n'avaient pas des problèmes de santé mentale au sens classique du terme mais ils exprimaient un vrai mal-être. Ils avaient le sentiment de ne pas avoir de place ni d'avenir et ils ne se reconnaissaient pas dans ce qui leur était proposé aussi bien au niveau éducatif que professionnel. Les éducateurs de rue avaient en charge la prévention envers ce public. Ils étaient en contact direct avec ces jeunes. Avec eux, ils devaient trouver et inventer des liens et des manières de travailler afin de les aider à reprendre confiance en eux et à changer leur trajectoire pour qu'ils puissent accéder à des ressources qui leur paraissent inatteignables dans un premier temps.

Certaines ressources paraissent souvent inatteignables pour les différents publics confrontés à des difficultés dans leur histoire ou dans leur trajectoire. Subjectivement, ces publics finissent par incorporer qu'il y a des choses qui ne sont pas atteignables, qui ne sont pas vraiment pour eux et qui, au contraire, vont leur produire plus de soucis que de réponses.

Les fossés et les cloisonnements rendent difficile l'inscription du travail des professionnels et leurs actions dans la réalité locale.

Les questions de santé mentale sont souvent rapidement venues à fleur de diagnostic au cours des différentes recherches-action. Ce dont les gens parlaient, ce n'était pas des inégalités sociales au sens strict du terme, ni de la précarité mais du mal-être, de l'état subjectif dans lequel ils se trouvaient. Les conditions qui leur étaient données étaient extrêmement défavorables au niveau de l'habitat et de l'accès au travail. Ces publics parlaient de santé mentale mais pas de maladie. Ils parlaient de cette incapacité ou de cette difficulté à se sortir de problèmes cumulés et à engager des actions qui leur permettraient d'accéder à des droits et à des ressources. Ces ressources étaient pourtant là, faisaient partie du paysage mais restaient très éloignées de ces publics.

Suite à ces différents travaux, une nouvelle politique s'est engagée, en lien avec la politique de la ville. La politique de la ville est une politique transversale mise en place pour pallier aux effets pervers des approches sectorielles et verticales, c'est-à-dire des approches qui ne prennent pas en compte la complexité et la globalité des situations. La politique de la ville a voulu faire des traverses et créer des espaces intersectoriels où les professionnels et les habitants sont en situation de pouvoir travailler ensemble, réfléchir et innover. Malheureusement, les moyens n'ont pas toujours suivis. La force des logiques sectorielles a souvent repris le dessus et a conduit beaucoup d'acteurs à revenir

sur les rails de leur mission d'origine. L'ambition de cette approche transversale était, sans déroger à ses compétences spécifiques, faire en sorte qu'il soit possible de travailler ensemble et de faire émerger des ressources partagées, plus à même de répondre à un certain nombre de tensions et de paradoxes auxquels les publics sont confrontés.

Afin de répondre à cette ambition, certains outils ont néanmoins été mis en place, notamment des ateliers « santé-ville ». En France, environ 300 villes utilisent cet outil. Ces ateliers font participer les habitants et la multiplicité de professionnels présents sur un même territoire. L'objectif de ces ateliers est d'approcher les déterminants sociaux qui conduisent à reproduire en permanence les mêmes tensions, inégalités, injustices et d'agir sur ces leviers et mécanismes. Grâce à ces ateliers, un capital extraordinaire s'est accumulé mais malheureusement, il n'est actuellement pas complètement exploité.

En France, cette politique s'est prolongée avec la mise en place de contrats locaux de santé. Ces contrats ne sont pas appliqués uniquement à des quartiers précaires, ce qui souligne l'importance de ne pas traiter les publics les plus en difficulté d'une manière spéciale. Au contraire, il est plus souhaitable de bénéficier d'une politique qui touche l'ensemble de la population d'une ville de manière à ce que les habitants retrouvent les chemins du droit commun, de l'espace commun. C'est un souci qui est monté progressivement dans les politiques publiques françaises.

L'approche spécialisée

Ce colloque est placé sous une approche spécialisée puisqu'il s'agit de parler de précarité et de problèmes particuliers dans l'interaction entre santé mentale et populations précaires. Ce qui pose des questions, des questions classiques et complexes. Nous sommes soumis à des effets pervers en isolant, catégorisant et considérant qu'il y aurait des problèmes de santé mentale spécifiques aux personnes en situation de précarité. Nous finissons par faire exister une certaine terminologie, à réifier et à faire que ça devienne du réel.

Ces questions de santé mentale peuvent aussi être considérées comme étant des problèmes qui touchent des publics beaucoup plus larges pouvant aboutir à des effets conduisant à une précarisation de personnes mises à l'épreuve de la souffrance psychique. Il y a tout un ensemble de configurations productrices de souffrance qui peuvent enclencher tout un ensemble de décompensation ou d'effondrement de ce qui constituait les supports sociaux de l'individu, c'est-à-dire ce qui lui permettait de tenir, de supporter l'adversité, d'être mobilisé sur ses droits, sur ses possibilités d'agir, etc. Ces personnes perdent progressivement le sentiment qu'ils sont des acteurs comme les autres, des citoyens et qu'ils peuvent revendiquer les moyens et les conditions pour pouvoir s'en sortir. L'ensemble de ces déterminants sont importants.

Ces mécanismes producteurs de souffrance sont en train de se développer. Il est important de les prendre en compte pour diminuer l'impression de travailler à corps perdu, à mental perdu. Bien souvent, les actions mises en place se dispersent ou s'endommagent parce que le suivi et les remises en cause ne seront pas assurés. Prenons comme exemple l'accès aux soins. Si le secteur des soins évolue sans prendre en compte les conditions dans lesquelles les populations vivent les soins et leur rapport aux soins, les réticences à rentrer dans le canevas ou le protocole qui permet de se soigner vont rester.

Il y a besoin, dans une logique clinique, de pouvoir faire se rencontrer le travail de soin avec une demande. Mais pour que cette demande puisse être formulée par des personnes qui sont dans des situations difficiles et très complexes, il y a besoin d'un travail commun. Il est important de recréer du commun dans les dynamiques d'action auprès des populations en difficulté.

Dans la dernière recherche que j'ai menée, « les vulnérabilités », nous avons pensé qu'il était important de revenir sur le vocabulaire qui avait servi jusqu'à lors à classer et à qualifier les personnes en grande difficulté : pauvreté, précarité, etc. Ces termes définissent quelque chose de réel en termes de déficit de ressources, de traitement et de discrimination. Il y a effectivement des situations qui sont de cette nature. Mais derrière ces situations, il y a les mécanismes producteurs de ces situations qu'il faut mettre à jour. Si nous n'agissons que sur les situations et que nous ne faisons que gérer les situations, nous ne produisons pas de changement significatif. Apporter un peu d'aide et de réconfort est important mais insuffisant pour produire quelque chose de qualitatif en termes de sortie de ce cercle vicieux. Parler de vulnérabilités sociales ce n'est pas juste une question sémantique, elles touchent tout le monde. Il s'agit de ces vulnérabilités qui font que, mises à l'épreuve de tout un ensemble de chocs, de remises en cause, d'évènements, de ruptures, de catastrophes, les personnes qu'on pensait les plus équilibrées, les mieux à même d'agir ou de s'inscrire d'une manière positive et dynamique dans la société peuvent s'effondrer, se retrouver en grande souffrance et vivre ce que beaucoup ont vécu ces dernières années, un enchaînement de perte de sens et de ressources qui viennent alimenter le domaine de la précarité et de la grande précarité.

Beaucoup de travaux sur les trajectoires montrent qu'il y a une histoire des mécanismes de précarisation. Nous assistons, et c'est très préoccupant, à un élargissement de ces processus de fragilisation des personnes. L'évolution de ces processus est en lien avec l'évolution de notre société : l'individualisation, la baisse des protections, les injonctions permanentes à la performance, les incitations à être toujours en capacité d'action, etc.

La sur-activation est demandée aussi bien aux professionnels par rapport aux résultats de leur travail avec les publics en difficulté qu'aux personnes fragiles. Il est demandé à ce public de faire un effort, d'être responsable, de se dépasser. Cette incitation permanente a des effets très pervers car elle met les personnes en situations de culpabilisation et d'échec. La plupart du temps, on accroît leurs difficultés et des problèmes de santé mentale apparaissent là où il n'y en avait pas auparavant.

C'est un fait non contesté, il y a besoin d'actions cliniques de soutien et d'écoute pour les personnes qui ont vécu des moments difficiles (perte de son travail, sa famille se dissocie, on subit les effets d'une catastrophe, etc.). Aujourd'hui, compte tenu de l'ampleur et de la répétition de ces problématiques, les professionnels doivent faire face à des situations multiples pour lesquelles il y a besoin de repenser ce que pourrait être une attention, une aide, une reconnaissance de tout ce que les gens vivent et subissent. Si nous voulons travailler sur ces questions, il est nécessaire de travailler avec les personnes, leur histoire, leur expérience, leurs savoirs. Il est important d'avoir conscience que les personnes fragilisées ont tout un savoir, même si ça a été écrasé ou éteint provisoirement par la souffrance.

Les recherches-action sont orientées vers le travail avec les populations les plus en difficultés, pour co-construire une dynamique de changement. Comme la parole leur est rarement donnée, il y a besoin de réinventer quelque chose qui leur permette de s'exprimer. Les personnes expriment déjà

beaucoup ce qu'ils vivent avec leur corps et leur manière d'être mais pour en arriver à une expression partagée susceptible de déboucher sur des actions, il faut inventer des nouveaux supports.

Dans beaucoup de recherches-actions, ces nouveaux supports sont présents mais ils ne sont ni valorisés ni reconnus. Tout professionnel de première ligne qui travaille auprès de ce public doit trouver le moyen de communiquer. La confiance peut être un outil mais elle ne se décrète pas. De même, il y a eu une sur-incitation dans le travail social à demander aux personnes de parler et de se raconter. Parler sans cesse de ses malheurs pour aboutir à un sentiment de disqualification. Il est important de trouver des nouveaux supports. Ces nouveaux supports d'expression peuvent passer par des moyens détournés : faire des films, travailler à l'expression de soi, etc. Ces méthodes existent actuellement mais elles sont rangées au rayon des activités d'animation. Or, il y a davantage de choses qui s'y passent. Dans ce travail de collaboration avec les personnes, où les personnes se mettent à agir et à exprimer quelque chose, il y a invention d'autres manières de travailler et de prendre en compte les personnes. Il y a là une des bases de ce que peut être un processus de changement pour les personnes qui sont confrontées à ce double impact de l'affaiblissement des moyens matériels, des ressources, des droits, etc. et des troubles psychiques.

Conflit d'intention entre la psychiatrie et les acteurs de la santé mentale

Il y a eu pendant un temps en France un conflit d'intention entre la psychiatrie et les acteurs de la santé mentale. Les uns pensant que les acteurs de la santé mentale venaient empiéter sur le territoire des acteurs de la psychiatrie. Heureusement, des psychiatres ont aussi milité et agit pour essayer de réduire cette ambiguïté et créer des passerelles. Ces psychiatres se sont également positionnés en tant que cliniciens sur le terrain de la précarité. Ce mouvement était porté, en France, par Jean Furtos, Claude Louzoum, Jean Maisondieu, Jean-Pierre Martin, etc.

Ces psychiatres travaillaient souvent en première ligne, c'est-à-dire dans les centres d'accueil et de crise. Ils y recevaient des personnes en grande difficulté qui n'avaient pas accès aux soins dans les conditions ordinaires. Ces psychiatres ont été amenés à essayer de réduire les barrières aux soins et à travailler avec d'autres acteurs que ceux de la psychiatrie : des éducateurs de rue, des associations humanitaires, Médecins du Monde, etc. Il y a eu des alliances qui se sont faites pour créer un environnement plus réactif, plus proche des personnes et en capacité d'assurer les médiations afin de permettre à ceux qui étaient les plus éloignés des soins de trouver, malgré tout, le chemin vers la clinique ou vers l'aide dans le champ de la psychiatrie.

Ce mouvement se basait sur deux constats. Premièrement, la nécessité d'avoir une approche plus globale de ces problématiques. La souffrance psychique d'origine sociale existe et il ne faut pas la mélanger avec un trouble psychiatrique. Deuxièmement, la souffrance psychique d'origine sociale est invalidante et peut conduire les personnes à ne plus être en capacité d'agir sur les conditions précaires dans lesquelles ils vivent, par rapport à leurs droits, comme citoyen. À la suite de ces constats, des dynamiques de travail se sont engagées au niveau local pour créer des espaces accessibles, sans conditions, sans étiquettes, ouverts, où des publics variés vont pouvoir se retrouver et parler sans contraintes. Il n'est pas toujours aisé de mettre en place de tels lieux. En effet, il est difficile de créer la mixité avec les publics en difficulté tout en favorisant la création de liens, des synergies et des solidarités. C'est malgré tout un objectif et une nécessité si nous voulons sortir des paradoxes.

Les différents paradoxes

Il est assez paradoxal de demander à des personnes qui ont vécu des épreuves très difficiles de formuler des demandes alors qu'ils sont sur le registre de la survie, qu'ils ont des interrogations sur le sens de leur place et qu'ils ne comprennent pas très bien ce qui leur arrive. Ils ne sont pas en état de formuler une demande. Ces paradoxes existent, il y a donc besoin d'espaces de médiation, d'alliances, d'intermédiaires qui vont permettre de co-construire avec ces publics. Ces paradoxes ne sont pas irréductibles mais ils existent et ils continuent d'alimenter les inégalités sociales d'accès aux soins de santé psychique.

Un autre paradoxe concerne la responsabilisation et l'hyper-activation. Il y a une volonté de la part des personnes en situation de précarisation de ne pas s'exposer, ils n'ont pas envie de souffrir encore plus en se surexposant. Or, il leur est demandé de s'activer, de se montrer et de raconter leur histoire qui est déjà parsemée de moments de honte, de culpabilisation et d'invalidation de leurs capacités. Ce dont ils ont besoin, c'est de retrouver de la confiance, de l'attention bienveillante et de la possibilité de souffler. Ils ont besoin de choses très élémentaires pour pouvoir ensuite reconstruire quelque chose au niveau de la parole.

Le troisième paradoxe que nous aborderons est en lien avec l'évolution des politiques publiques. Il y a une incitation et une tendance extrêmement forte aujourd'hui, de la part des différentes instances de décision et de financement, à l'obtention de résultats, à la quantification, à un management qui pousse et qui incite les professionnels à un rendement visible, palpable et comptable.

L'association de ces éléments crée des conditions extrêmement éprouvantes pour les professionnels de première ligne. Ces professionnels, directement en contact avec les publics, reçoivent de plein fouet toute cette charge de souffrances et de difficultés tout en étant eux-mêmes soumis à des tensions extrêmes compte tenu des moyens qui leur sont donnés et des incitations qui leur sont faites. Ces tensions vont les amener à se sentir eux-mêmes vulnérables et à craquer de toute sorte de manières. Cette souffrance psychique d'origine sociale se retrouve aussi chez les acteurs de première ligne. Il est important d'agir sur ce paradoxe.

Des actions interprofessionnelles ont été mises en place pour faire respecter un minimum de choses sur le plan de l'exercice de ces métiers de première ligne. Il faut aussi être respectueux et bienveillant pour les personnes qui s'engagent corps et âme dans ce travail de proximité, dans la rue, auprès des personnes qui sont défaites, qui peuvent être violentes, qui sont perdues. Pour travailler avec ces personnes, le professionnel paye de sa personne ; il doit être soutenu et ne pas se sentir seul. De la même manière que les publics en grande précarité ne doivent pas être seuls. La souffrance psychique est décuplée par l'isolement, par le sentiment de ne pas avoir de personnes qui soient attentives à sa situation. D'où l'importance de l'environnement familial mais aussi de proximité.

J'ai fait une recherche avec Jean Furtos sur les troubles de voisinage et de santé mentale. Les personnes qui sont mal ou malades, quand elles habitent dans un endroit, elles vont manifester d'une certaine manière ce malaise, cette souffrance, dans leur relation avec le voisinage. Il est donc nécessaire qu'un travail commun puisse être fait pour empêcher les problèmes de ruisseler, de se diffuser et pour que leur isolement et leur incrimination n'augmente pas. Il y a besoin de trouver des

médiations, des espaces qui permettent de rendre les choses supportables pour tous et qui permettent de mobiliser des ressources solidaires.

Des expériences au sein de différents ensemble de logements se sont mises en place pour prendre en compte toutes les personnes qui ne sont pas forcément des personnes « malades » mais qui sont dans une situation d'extrême isolement, c'est-à-dire des personnes qui sont devenues invisibles, dont personne ne se préoccupe plus. Ces situations peuvent engendrer des problèmes de santé mentale graves, voir mortels. Il y a là aussi un impératif de mobilisation, d'attentions collectives et d'un travail au niveau de la communauté.

L'échelle de la communauté

Le mot « communautaire » n'a pas vraiment été prononcé au cours de la matinée en plénière. En France, ce mot est tabou à cause du communautarisme. Or, l'échelle de la communauté, c'est-à-dire l'échelle de toutes les personnes qui vivent et partagent des conditions de vie, un territoire, et éventuellement des difficultés ensemble, est essentiel car elle comporte et intègre des ressources extrêmement précieuses. Malheureusement, elles ne sont pas toujours utilisées et mobilisées. Il arrive également que ces communautés soient dissociées, que les gens soient montés les uns contre les autres.

Tous les problèmes dans la communauté sont des problèmes qu'utilise le communautarisme pour monter les personnes les unes contre les autres. L'échelle de la communauté a été négligée et, du coup, les micro-communautés ou le communautarisme prend de l'ascendant. L'échelle de la communauté, c'est extrêmement important parce que c'est un lieu de ressources, de solidarité, de soutien et d'attention aux personnes les plus vulnérables. Ces personnes peuvent, grâce à la communauté, retrouver une visibilité, donc une citoyenneté dans des situations où tout les pousse à s'effacer, à se cacher pour ne pas être davantage stigmatisé.

Les moments de sortie d'hospitalisation sont des moments critiques lors desquels les bienfaits des soins ou du travail qui est engagé peuvent être battus en brèche extrêmement vite, perdus, dispensés et inversés. Il est important que dans ces moments-là, le milieu de la personne soit au rendez-vous, c'est-à-dire aussi bien le réseau de professionnels que la communauté. Aujourd'hui, beaucoup d'actions de santé communautaire intègrent ces logiques de suivi et d'accompagnement hors des soins à strictement parlé, c'est-à-dire à l'échelle de la vie commune, du commun. Cette prise en compte du commun est au cœur de l'enjeu pour contrer une tendance à l'intervention sociale et sanitaire efficace, managériale. Ces tendances poussées à l'extrême effaceraient toute la trame qualitative qui fait la santé mentale et la capacité d'agir qui permet aux personnes de supporter les épreuves et les conditions difficiles de la maladie.

Conseils locaux de santé mentale

Le secteur de la santé mentale connaît actuellement, en France, quelques évolutions. Malheureusement, toutes les évolutions dans ce secteur-là sont réversibles car nous sommes dans un système où l'économie prend le dessus : tout doit être rentable et évaluable sur un plan quantitatif. Or, le domaine de la santé mentale, c'est du qualitatif.

Une coordination des acteurs en santé mentale a été mise en place, pour les villes qui sont demandeuses, appelée « Conseils locaux de santé mentale ». Ce dispositif réunit à la fois les

professionnels du secteur psy, les travailleurs sociaux, les associations et, quand ils existent en tant qu'instances représentatives susceptibles de participer à des médiations, les usagers. Les Conseils locaux de santé mentale incitent à la mise en place de cette instance qui permet de monter le degré d'attention aux problèmes que rencontrent les plus vulnérables sur le plan de la santé mentale et des effets accentués par la précarité. L'introduction d'instances représentatives d'usagers permet également d'expérimenter de nouvelles manières de travailler ensemble sans pour autant qu'aucune personne présente ne doive sortir de son domaine de compétence.

Il y a un enjeu extrêmement important relatif aux conditions du travailler ensemble. Il y a une manière de penser et de travailler ensemble qui peut permettre d'améliorer les conditions dans lesquelles les soins sont prodigués à des personnes dont les vulnérabilités sont multiples. Il y a également une manière d'améliorer l'action sociale et les dynamiques solidaires pour des personnes qui ont des troubles psychiques qu'il faut prendre en compte.

Il y a des mouvements croisés qui sont permis grâce à la mise en place de coordinations, de conseils locaux de santé mentale et de plateformes. L'ensemble de ces dispositifs sont soumis à une certaine fragilité. Il y a un réel besoin de résistance, de mobilisation, de faire entendre des voix qui portent et défendent les actions qui permettent de répondre aux besoins identifiés.

Les mécanismes de précarisation

La précarité n'est pas un état absolu mais résulte souvent de processus de transformation, de pertes de ressources, de perte d'emploi et de destruction de ce qui pouvait constituer l'assise sociale d'un certain nombre de personnes qui étaient dans des situations de fragilité. Robert Castel, un des premiers à avoir travaillé sur ces processus, les nommait « processus de désaffiliation ». Ces processus démontrent qu'une personne peut passer d'un état à un autre lorsqu'elle est vulnérable. Il est possible d'être vulnérable même inscrit dans le travail, en ayant une famille. Personne n'est à l'abri de traverser un jour tout un ensemble d'épreuves ou d'événements déstabilisants qui lui feront perdre les supports sur lesquels il pensait tenir. Ces épreuves peuvent faire rentrer la personne dans un enchaînement de dégradation et de perte de liens. Le processus de précarisation met à jour cette conjoncture particulière : à la fois la personne perd des ressources, une assise sociale, une reconnaissance à travers le travail, mais également les liens que ces éléments apportaient, c'est-à-dire le réseau de relation dans le domaine du travail, les réseaux ordinaires de sociabilité ou les réseaux familiaux. Ce processus de précarisation conduit à la déstructuration de ce qui constituait un soutien social et familial.

Il y a précarisation ici car la personne, sans être précaire, connaît une succession de déstabilisations et d'épreuves qui vont la conduire à se retrouver fragile, démunie et soumise à la nécessité de recourir aux aides sociales.

Il est important de distinguer ces processus des états. Contrairement à un état, un processus est quelque chose sur lequel il est possible d'agir après avoir identifié les moments clés, les carrefours de transformation de la situation des personnes. Cette identification permet de savoir à quel moment il est impératif pour la personne de bénéficier d'une aide, même minime pour surmonter l'épreuve et ne pas connaître une dégradation supplémentaire. Il est possible de contrer ces engrenages. L'approche de la précarisation plutôt que celle de la précarité permet d'améliorer le ciblage des

conditions d'action sociale sur les zones de fragilité, les zones de mise à l'épreuve, qui sont souvent les plus marquées.

Il y a certaines logiques sociales qui sont en lien avec les évolutions du marché du travail, avec la fragilité de plus en plus forte des contrats, etc. Ces évolutions ont pris une ampleur. Les fragilités ont toujours existé mais dans une société qui est structurée sur le salariat, l'ampleur prise par la fragilité des conditions et des protections, a comme conséquence une exposition massive à la précarisation.

Tout le monde ne va pas tomber en précarité mais la précarisation fait partie des données et des paramètres de la vie et de l'environnement de beaucoup de personnes aujourd'hui.

Il faut réussir à trouver les moyens d'agir sur ces tendances néo-libérales qui poussent à la fragilisation des sécurités et des protections dans ce contexte mondial actuel. Il s'agit d'une vraie question de société et pas uniquement une question de travail social ou clinique.

La subversion

Interpeller les politiques, les citoyens, peut commencer par dire les choses avec force, c'est-à-dire avec le soutien de personnes et de la population. Cette interpellation demande un travail préalable. Il ne s'agit pas de faire des provocations, il s'agit de faire valoir des choses qui ne sont pas entendues, qui ne sont pas reconnues. Le rapport de force peut effectivement jouer un rôle dans ces interpellations. L'élu doit tenir compte des changements subjectifs portés par la population. Tout élu sait qu'il est malgré tout responsable, vis-à-vis de ses électeurs, de ce que la population ressent. Ce n'est pas une subversion violente, c'est une subversion douce, en lien avec le changement des mentalités et des représentations.

Une autre manière de jouer l'interpellation, c'est d'associer directement les interlocuteurs, que ce soit au niveau communal, régional ou fédéral, dès le début d'une réflexion. Ce n'est certainement pas un procédé subversif mais ça permet de faire évoluer les choses, en travaillant ensemble, personnes de terrain, usagers et décideurs. N'oublions pas que les décisions se prennent aussi à partir de ce qui se travaille sur le terrain.

Réactions à la présentation :

- *Y a-t-il des retours des associations d'usagers vers les professionnels ?*

Pas systématiquement. La mobilisation des usagers des dispositifs de santé mentale est néanmoins possible grâce à un travail en amont. Cette mobilisation est nécessaire pour créer de la force. Elle permet de franchir la ligne qui sépare les usagers ordinaires des instances de décision. Les usagers ont l'occasion de dire leur point de vue mais aussi de poser des questions et ainsi connaître les évolutions possibles. Grâce aux processus de travail mis en place, les interactions deviennent possibles. Ces interactions sont complexes parce que chacun a ses intérêts, ses logiques de travail, sa corporation professionnelle, sa hiérarchie, etc. Tout le monde est sous tension parce que les difficultés s'accumulent et le temps manque. La temporalité est extrêmement importante. Il faut pouvoir réussir à régler les horloges pour qu'il y ait une temporalité commune entre les institutions, les professionnels et les usagers.

- *Comment se travaillent ces relations de pouvoir entre les associations et les professionnels lors des conseils de quartier ? Est-ce qu'il est possible d'avoir des espaces qui ont réellement un sens , afin de vraiment faire évoluer les choses, c'est-à-dire des rencontres sans un ordre du jour prédéfinis par les décideurs, ignorant les questions des personnes du terrain ?*

Ce vrai que ce n'est pas facile de rendre utile les conseils de quartiers. Les décideurs mettent la plupart du temps à l'ordre du jour les thèmes imposés par les élus au regard des échéances qui sont les leurs en matière de décisions. Heureusement, il est parfois possible de bousculer ces ordres du jour et de faire évoluer les manières de travailler et les réticences que peuvent avoir certains élus sur des questions hyper sensibles, à conditions de bénéficier d'une mobilisation de la part d'associations fortes de propositions et qui prennent la parole dans ces instances. Il faut subvertir ces instances pour qu'effectivement ces questions de bien commun pour la population, qui touchent à la santé et au vivre ensemble, soient réellement mises à l'ordre du jour.

- *N'est-il pas malsain que des scientifique viennent s'intéresser à nos projets novateurs et exposent ainsi notre population ?*

Il y a effectivement quelque chose qui peut s'inverser et mettre les personnes en difficultés. Avec mon équipe, nous l'avons expérimenté lors d'une recherche action autour de la prévention spécialisée. Il est arrivé que certains élus aient une demande d'indication nominative pour connaître le trouble-fête, les plus marginalisés, etc. Effectivement, ce n'est pas comme ça qu'il est possible de travailler correctement en prévention spécialisée parce la base c'est le respect de l'anonymat, c'est la libre adhésion et un mouvement propre des personnes qui permettra de produire du changement. En mettant les projecteurs sur des personnes on particulier leur malaise ne fera que s'accroître.

- *Depuis pas mal d'années, on a vu s'accroître dans les politiques publiques la notion de méritocratie. Les personnes avec lesquelles on travaille sont susceptibles d'être aidées et accompagnées d'une façon équitable mais plus d'une façon égalitaire. Cette différence sémantique et ce changement de philosophie a vraiment glissé dans nos consciences aujourd'hui. Par exemple, le mérite doit être appliqué pour avoir un RIS.*

On est sur le terrain des valeurs. Il y a des renversements qui cherchent à se pérenniser, notamment ce renversement sur les valeurs de l'égalité et sur la possibilité d'assurer à tous des ressources et des droits communs, une citoyenneté équivalente. Il y a une dérive qui s'est faite avec la responsabilisation qui a pris un double sens : vous êtes responsable de ce qui vous arrive, et de ce fait en partie coupable si vous ne faites pas d'efforts. Si vous vous rachetez, vous aurez effectivement une aide, un bénéfice, une contrepartie.

Ce double sens de la responsabilisation suppose une individualisation extrême. La personne est totalement isolée de son contexte, de son réseau, de son histoire, de sa culture. Elle est prise comme un simple individu, un atome qui doit devenir plus performant, plus responsable et plus compétitif. Cette conversion des valeurs, c'est une catastrophe totale, destructrice, et productrice de problèmes accentués sur le plan de la santé mentale. C'est une véritable catastrophe sociale.

Il y a une contre révolution à faire pour contrer cette révolution néo-libérale qui a mis en avant et poussé les valeurs de la performance au maximum au détriment des valeurs d'humanité et d'égalité.

Ce qui se dit sur la place publique, dans le débat public, c'est la nécessité de revenir sur ces questions-là et de réaffirmer des choses. Il ne s'agit pas de revenir en arrière, il s'agit de voir ce que signifie aujourd'hui et demain la question de l'égalité pour tous sans contrepartie, sans marchandage, sans isolement de la personne par rapport à une responsabilité ou un contrat imposé. La question de l'égalité est un vrai enjeu. Il est intéressant que ces thèmes redeviennent des thèmes d'intérêt commun.

Temps d'arrêt

Il a été demandé aux participants, tout au long de la séance plénière, d'inscrire sur des post-it des bonnes idées, des éléments sur lesquels il leur semble important d'agir, des pratiques qui ont fait leurs preuves...

Ces réflexions ont donc été mises, dans un premier temps, en relation avec les besoins identifiés dans la phase exploratoire de la recherche-action.

Être écouté et pouvoir communiquer

- Importance de la communication et des échanges
- Apprendre à mieux connaître les partenaires et oser inventer (donc prendre des risques calculés) ensemble
- Communication :
 - o Par rapport professionnels
 - o Par rapport aux usagers
 - o Par rapport à la société
 - o ...
- Mieux se connaître par des rencontres « qui fait quoi, comment,... »

Instaurer un climat de bienveillance

- Suspendre tout « jugement moral »
- Notre environnement peut être la cause d'une décompensation psychique
- Supprimer la notion de contrôle dans la société
- Moins de technocratie, plus de confiance

Briser l'isolement

- L'accès, bien entendu, mais que se passe-t-il « après l'accès » ?

Favoriser le lien social, la solidarité et le bien-être

- Utiliser les techniques de coparticipation dans certains quartiers

Donner une place aux usagers

- Acteurs de leur projet – ACTEUR
- Les projets en santé mentale les plus porteurs sont parfois ceux qui ne parlent pas de santé mentale...Mais de lien, de vie, de beauté,...

Mettre de l'humanité dans les rencontres

- De l'humanité...

S'ouvrir au tout public, à la mixité

- Sortir de nos murs !
- Travailler en concertation et accepter de mettre ses compétences et son objet social au service d'autres institutions, le respect de chacun (convention de collaboration)
- Être ouvert à tout public ;

Offrir un accueil inconditionnel

- Laisser le temps au temps !
- travailler l'accessibilité pour les plus pauvres tout en n'excluant personne

Donner aux usagers la possibilité d'être utiles

- Projets concrets pour créer du lien, en dehors des « problèmes ».

Prévenir

- « Stabiliser » le logement (le maintenir dans) par la possibilité de co-location sans perte de statut (isolé à cohabitant)

Dans un deuxième temps, nous avons rassemblé quelques-unes des bonnes idées qui ont été soumises par les participants.

- Mise en place de « lit de crise » hors hôpital,
- Elargir aux villes wallonnes l'expérience de psy mobiles en rue (interface) usagers, services, accroche, soutien
- Mise en place d'un service, équipe pluridisciplinaire qui prendrait en charge les adultes et leurs enfants. Double casquette = santé mentale et aide à la jeunesse
- Projets concrets pour créer du lien, en dehors des « problèmes ». Par exemple, les potagers de quartier
- Création d'un club thérapeutique pour personnes ayant une problématique de santé mentale et de précarité

Ateliers

Atelier 1 :

Sortir des préjugés, des étiquettes et des processus de stigmatisation

Déstigmatiser est un des objectifs de ces projets qui vont à la rencontre des personnes cumulant difficultés sociales et problèmes de santé mentale. Comment atteindre cet objectif ? Comment y engager tous les acteurs. Quels préjugés véhiculons-nous à travers notre discours ? Comment dépasser les images négatives ? Comment jongler avec les différentes identités qui nous composent ? Comment sortir des préjugés, des étiquettes et des processus de stigmatisation ?

Animateurs :

- Marie-Céline Lemestré, chargée de projets, asbl Psytoyens et
- Claire Van Craesbeeck, psychologue, asbl Similes

Coordinateur de séance : Renaud Laguesse, responsable de projets, CRéSaM

INTRODUCTION

Les objectifs de l'atelier sont de mettre en lumière les difficultés et les bonnes pratiques relatives à la lutte contre les préjugés, les étiquettes et les processus de stigmatisation.

CONTEXTUALISATION

Les différents niveaux de la stigmatisation

Il existe différents niveaux de stigmatisation. Il peut s'agir du regard que les autres portent sur la personne en souffrance mais également de la propre culpabilité de la personne en souffrance vis-à-vis de sa pathologie. De même, les sources de la stigmatisation sont diverses et peuvent se situer à différentes échelles. Les jugements et préjugés peuvent émaner des pairs, des collègues, de la famille, du propriétaire de son logement, de l'employeur mais aussi des autres personnes en souffrance. La société peut être elle-même source de stigmatisation. La personne en souffrance peut également s'auto-stigmatiser.

Certains cadres (le monde rural notamment) et lieux de travail peuvent être des endroits de forte stigmatisation.

Impact de la stigmatisation :

Cette stigmatisation, de quelque niveau ou source que ce soit, peut avoir un impact sur le parcours de vie des personnes concernées et également sur la finalité du travail des professionnels. Cette question de la finalité donne à voir que les cadres imposés aux professionnels et à fortiori aux usagers amènent bien souvent des situations non satisfaisantes, voire d'échec.

Lorsque les préjugés et la stigmatisation se font trop présents, cela peut empêcher les personnes ayant un trouble psychique à bien s'intégrer, à trouver un emploi ou un logement. Les populations fortement précarisées ont bien souvent une très faible estime d'elles-mêmes.

Lorsqu'une personne est prise dans un processus de stigmatisation, cela peut engendrer chez elle de la violence physique ou verbale.

ÉCHANGES SUR LES DIFFICULTÉS

Lors de cet atelier l'importance mais aussi la difficulté d'identifier les besoins de la personne, notamment lorsque celle-ci ne l'exprime pas clairement ont été soulignées. Cette approche demande de partir d'une réelle rencontre et de mettre la personne au centre de son projet.

Sortir des préjugés et des processus de stigmatisation demande d'être toujours en recherche de solutions et de miser sur la prévention.

ÉCHANGES SUR LES BONNES PRATIQUES

Les actions collectives et citoyennes permettent la création d'espaces de rencontre, de décloisonnement et de non-jugement. La mise en lien, la valorisation des ressources et des savoir-faire et le partage de moments informels sont également des éléments intéressants pour la déstigmatisation. Ces ateliers et activités peuvent prendre la forme d'une participation à une fête de quartier, à un groupe de parole, d'un bar à soupe, etc. Avec une population stigmatisée, il est nécessaire de travailler sur le long terme pour faire revenir l'estime de soi.

Une autre façon de faire qui a été présentée est de proposer aux usagers de parler de leur situation afin de faire changer les mentalités. Cette approche peut permettre d'adopter un autre regard. Il est également important que les professionnels ne parlent pas systématiquement au nom des usagers. Cette approche permet également aux professionnels de faire davantage attention aux attentes et besoins des usagers sans faire de projections sur ce qui est bon pour eux. Cette démarche se fait au cas par cas, sans généralisation des besoins et des attentes.

Lorsque les professionnels souhaitent lutter contre les préjugés et les processus de stigmatisation, il est important qu'ils fassent attention aux termes qu'ils utilisent pour ne pas en créer davantage. De plus, il est important que le professionnel se questionne sur ses peurs et préjugés ainsi que sur la manière de les dépasser. Les craintes des usagers vis-à-vis des professionnels sont aussi à questionner.

D'une manière plus générale, la place de la santé mentale au sein de la société et son acceptation est à questionner.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES EN VUE D'UN RETOUR EN SÉANCE PLÉNIÈRE

- La stigmatisation ne provient-elle pas tout simplement d'une crainte, méconnaissance et ignorance du vécu de l'autre ?
- La stigmatisation est présente partout.
- Face à cette stigmatisation privilégions les contacts, le partage et le lien comme solution permettant la création de lieu pour ces échanges.

Atelier 2 : Co-construire un projet avec les usagers

Afin de rencontrer au mieux leurs besoins et attentes, de plus en plus de professionnels construisent des projets en concertation avec des usagers. Comment s’y prendre ? Quelles modalités de rencontre le permettent ? Quelle place prendre, professionnels et usagers, dans l’élaboration du projet commun, sa mise en place et son suivi ? Quel cadre définir pour l’instauration d’une telle pratique ?

Animateur : Nathalie Thomas, psychologue, équipe communautaire du service de santé mentale « Le Méridien »

Coordinateur de séance : Pascal Minotte, responsable de projet, CRéSaM

Introduction

L’atelier est introduit par la présentation de 4 points d’attention à avoir en tête lorsqu’il est question de co-construction.

La co-construction : une modalité de relation humaine

La co-construction est parfois vue comme une méthode, une technique, ou un outil que les professionnels pourraient utiliser pour arriver à leur fin et rendre les usagers partie prenante du projet. Or, la co-construction, c’est plutôt une modalité de relation humaine dont l’objectif est d’arriver à un changement social. C’est une modalité basée sur la réciprocité, sur le don et contre-don (l’échange de savoir, de compétence et de savoir-faire). Une des premières difficultés de la co-construction provient du fait que l’échange de savoirs et de savoir-faire se fait avec l’ensemble des personnes impliquées dans la co-construction, quel que soit son statut ou ses compétences. Cela ne veut pas dire que toutes les compétences sont les mêmes pour tout le monde. Partir de cette posture mettrait les usagers et les non-professionnels dans une position inconfortable. Il est néanmoins important de partir des compétences de chacun. Par exemple, les professionnels ont davantage accès au réseau financier pour trouver des subsides et les habitants d’un quartier ont davantage de connaissances sur les représentations qui traversent un quartier. A ce moment-là, l’intérêt de la co-construction prend tout son sens.

La co-construction comme création autonome

Dans la co-construction, un point clé, c’est la posture des intervenants. Il s’agit pour eux d’être un peu dans la non-maitrise, dans la perte d’une partie de leur pouvoir. Cette posture n’est pas si facile à adopter étant donné qu’il est souvent donné un certain pouvoir aux professionnels. Mais la logique de la co-construction demande à mettre ce pouvoir entre parenthèse. Jean-Claude Métraux, psychiatre suisse, parle de deux valeurs: la maitrise et la création autonome. La maitrise s’appuie sur un savoir. Le changement va dans le sens du progrès et de la croissance, dans une direction bien précise. La maitrise est la posture classique des professionnelles, celle qui leur est apprise. Or, dans un travail de co-construction, il y a à passer vers la création autonome où c’est davantage les membres d’une collectivité, d’une communauté qui vont co-construire, c’est-à-dire qu’ils vont initier quelque chose ensemble. Dans ce « initier quelque chose ensemble », il y a du flou, pas de direction

précise. Accepter de partir de quelque chose de nouveau qu'on co-construit est une prise de risque car certaines choses échappent aux participants.

Il arrive que les professionnels se lancent dans un projet avec déjà en tête une direction bien précise et les différentes étapes pour y arriver. Et puis, en rencontrant le groupe et en discutant, les professionnels se rendent compte que les personnes avec qui ils travaillent ne sont pas du tout là-dedans et n'ont pas envie de ces étapes auxquelles les professionnels ont pensé.

La co-construction demande du temps

Le processus de co-construction est un processus qui demande du temps. Peut-être encore plus avec les publics qui vivent une série de fragilités ou de vulnérabilités et qui, à certains moments, ont davantage besoin d'être dans un cocon, pris en charge. La co-construction demande aux participants de pouvoir mobiliser beaucoup d'énergie et de temps. Il faut aussi respecter que dans un groupe, il y ait des cycles différents, des moments où les personnes n'ont plus envie de rien, sont complètement découragées. Lors de ces phases, elles ne viennent même plus aux rencontres et les professionnels pensent que c'est la fin. Or, il s'agit d'un moment où les personnes auront besoin d'être soutenues, parfois individuellement pour relancer une autre dynamique. Cela demande beaucoup de temps et ce n'est pas toujours évident avec les cadres budgétaires ou des subsides qui sont plutôt dans des temps courts avec des demandes de résultats après une année ou deux. Or, le processus de la co-construction demande que les personnes se sentent suffisamment en sécurité que pour oser se lancer dans une aventure qu'on leur propose et qui est un peu risquée. C'est autant risqué pour le professionnel que pour les autres membres du groupe.

Le lien entre co-construction et santé mentale

De par son expérience, le Méridien s'est rendu compte que les processus de co-construction favorisent l'estime de soi et la confiance en soi des personnes impliquées. Le fait de se sentir co-auteur d'une action, d'un projet, aide à sortir d'un sentiment d'impuissance. La co-construction permet la création de projets novateurs.

Comment se co-construit un projet au Méridien

Le SSM «le Méridien» travaille principalement avec les habitants de la commune de Saint-Josse, composée majoritairement de populations d'origine immigrée. Dans le cadre du travail communautaire, le Méridien travaille la question de la « souffrance psychique d'origine sociale ». L'objectif est de créer des espaces d'accueil dans lesquels la parole peut - ou pas - être dite mais où progressivement, à travers la dynamique de groupe, des choses se disent et se font. L'objectif de la pratique communautaire vise à permettre aux participants de se situer autant dans l'« être » que dans le « faire ». Lorsque la confiance et l'identité du groupe sont suffisamment établies, le groupe est amené à travailler sur des changements sociaux, à l'échelle de la commune dans un premier temps. Il s'agit d'opérer des allers-retours entre un temps de co-construction d'action collective et un temps de parole collective. C'est dans ce cadre-là que le travail communautaire a permis de mettre en place différents projets : une brocante sociale, un conseil consultatif au niveau de la commune, un lieu pour les mamans et les petits enfants, etc.

La communauté telle que définie dans le travail communautaire du Méridien ne correspond pas à la communauté des habitants du quartier. La communauté, c'est ce qui va se construire entre les

membres du projet communautaire, entre le SSM et les autres parties prenantes du projet. Il s'agit donc d'une communauté en devenir dans laquelle l'intervenant fait partie intégrante en participant et en donnant son avis. Pour co-construire ses projets, le SSM le Méridien se base sur une méthodologie d'éducation populaire, c'est-à-dire qu'il se base sur ce que les gens vivent et savent, quel que soit le thème. Dès que le groupe choisi d'aborder une question, elle est traitée à partir des expériences vécues par les participants. Les professionnels sont amenés dans ce cadre-là à raconter des expériences personnelles, à s'investir en tant que parent, habitant, femme, etc. Cette posture permet d'être dans la réciprocité des échanges. La co-construction dans le travail communautaire, c'est aussi, à partir des savoirs expérientiels et théoriques, monter en généralités pour retirer des enseignements ou des nouveaux savoirs.

Echanges

La difficulté de passer d'une parole individuelle à une parole collective

Freins :

Il est difficile de passer des plaintes individuelles à une parole collective.

Une institution a essayé de mettre en place un café citoyen, mais le résultat ne fût pas celui souhaité. L'objectif initial était de co-construire avec les usagers un projet autour des réalités et de leur vécu quotidien afin de pouvoir, dans un deuxième temps, grâce à une parole commune, faire remonter les difficultés vécues par cette population aux autorités locales. Ce café citoyen était également ouvert aux intervenants de terrain. Cette mixité voulait permettre aux uns et aux autres d'entendre les réalités de chacun. Il s'est avéré que les personnes n'y parlaient que de leurs propres difficultés. Lorsqu'une solution était trouvée, ces personnes ne venaient plus. Comment mobiliser cette population précarisée sur du long terme ? Passer de la parole individuelle à une parole collective, c'est un processus très lent et très compliqué pour des personnes très précarisées qui vivent au jour le jour.

Leviers :

Il existe un lieu de rassemblement pour les familles et les femmes qui vivent la grande précarité. Il s'agit d'un lieu, dans une asbl, où la prise de parole se fait individuellement mais est portée collectivement. Peut-être que cette parole collective est possible car c'est une association qui n'offre pas de services, mais uniquement un lieu de rassemblement. Les personnes présentes vont chercher hors de cette association des solutions à leurs problèmes. Les personnes se rassemblent pour porter une parole collective, construire des revendications par rapport au monde politique, par rapport aux services auxquels ils sont confrontés, écrire ensemble des textes, participer au rapport annuel sur la pauvreté, etc. Au sein de cette association, il y a à la fois des personnes solidaires qui n'ont pas une expérience de la grande pauvreté et des personnes qui vivent cette grande pauvreté. Ces personnes co-construisent mais se régulent également. Lorsque que quelqu'un vient avec une situation individuelle, elle est élargie par le groupe à un niveau plus général.

Mixité

Freins, difficultés :

Une institution relate un problème vécu au sein d'un espace dédié au soutien à la parentalité. Cet espace était initialement dédié aux parents en situation de précarité. Dans un deuxième temps, cet espace a voulu s'ouvrir à davantage de mixité sociale afin que les parents puissent se rendre compte qu'ils vivent tous les mêmes difficultés. Cet espace de soutien à la parentalité attire aujourd'hui beaucoup de monde mais majoritairement des parents aisés et quasiment plus de parents précarisés. Ce constat pose problème aux professionnels, d'autant plus qu'ils pensaient répondre à un besoin. L'institution essaye aujourd'hui de se repositionner en entamant une démarche de réflexion pour être à même de co-construire ce projet avec un public mixte et définir leurs attentes communes.

La mixité est une question difficile. Cet espace dédié au soutien à la parentalité pourrait aboutir à deux projets distincts. Peut-être que tous n'ont pas envie d'être dans la mixité.

Levier :

Une autre institution témoigne de son désir de mixité qui a pu aboutir. En allant chercher leur colis alimentaire, les personnes devaient passer par l'espace de convivialité et de rencontre. Il n'y avait aucune contrainte de rester, mais le fait de voir à quoi ressemblait cet espace a amené les gens à y rester. Doucement, des projets ont pu être co-construits avec les publics précarisés, les bénévoles et les institutions aux alentours. C'est lorsque des institutions hors du champ de l'aide ont ouvert leurs portes au projet que la mixité a vraiment eu lieu. La question qui se pose actuellement est la gestion de cette mixité.

La temporalité du projet, des participants, des politiques...

Les projets de co-construction sont souvent des projets qui s'inscrivent dans du très long terme ; ce qui n'est pas toujours évident à négocier avec les décideurs.

Ce qui est difficile dans la co-construction, c'est la gestion de la temporalité qui n'est pas la même pour tous les acteurs (décideurs, professionnels et usagers). Cela peut parfois faire naître un conflit, une incompréhension et l'impression qu'il est impossible de co-construire un projet ensemble.

Un lieu neutre

Lors des échanges, il s'est avéré important lorsqu'un projet est co-construit avec des usagers que les participants puissent bénéficier d'un lieu neutre, un lieu dans lequel ils peuvent se reconnaître positivement. Un lieu qui au départ est stigmatisant peut compliquer cette reconnaissance positive et avoir un impact négatif sur le désir des gens de se rassembler et d'investir le lieu. Il a été proposé comme solution de favoriser des lieux indépendants de tous services d'aide ou de tenir les rencontres dans un local qui se trouve hors de l'institution. Cette deuxième alternative permet également de diminuer la position de pouvoir de l'intervenant qui se trouve hors les murs de son institution.

La co-construction : avec ou sans l'implication de professionnels ?

Faut-il obligatoirement la présence d'un professionnel pour que soit mis en place des projets co-construits ? Quelle différence entre co-construction et autogestion ?

Certains projets sont élaborés à plusieurs sans pour autant qu'ils bénéficient de la présence d'un professionnel. Un participant préfère parler d'autogestion dans ces cas-là. Pour lui, les endroits autogérés sont des projets qui vivent par eux-mêmes, sans le regard du social qui peut donner l'impression au groupe que des résultats sont escomptés et que des interprétations, voir des diagnostics sont faits sur le groupe et ses membres. Or, un diagnostic peut être lourd à porter. Prendre distance avec son diagnostic, ne pas y être réduit permet de vivre et de s'exprimer plus librement. Mais, lorsqu'une personne détient des connaissances, il est difficile pour elle de ne pas les utiliser. La co-construction semble parfois être davantage une envie du professionnel que des participants. Pointer cette différence possible entre co-construction et autogestion met en évidence toute la difficulté de la perte de maîtrise demandée au professionnel lorsque celui-ci co-construit un projet avec d'autres. Est-il possible pour le professionnel de désapprendre ce qu'il a appris tout en mettant ses outils au service du groupe ? Est-ce qu'un professionnel arrive suffisamment à se positionner comme étant un participant parmi les autres ? Est-ce une difficulté insurmontable pour le professionnel ? Autant de questions régulièrement en tension dans des projets co-construits.

S'il existe des projets co-construits et autogérés sans la présence de professionnels, est-il vraiment pertinent que ces derniers proposent aussi de tels projets étant donné qu'il est vraiment difficile pour eux de se départir d'une certaine maîtrise ? Est-ce un leurre de faire de la co-construction entre professionnels et usagers ?

Il est vrai que beaucoup de projets menés en co-construction se font sans la présence de professionnels, et c'est tant mieux si des collectifs fonctionnent, naissent et évoluent très bien sans l'intervention d'un professionnel. Néanmoins, pour certaines personnes, l'intégration dans des projets n'a pas lieu. Il s'agit bien souvent de personnes très seules. Dans ces cas-là, le coup de pouce pour une remise en lien doit parfois venir d'un professionnel.

Mise en autonomie du projet ?

Lorsqu'un projet est créé et co-construit par des professionnels et usagers, est-il possible que les professionnels se retirent du projet pour que celui-ci prenne son autonomie des institutions ? Cette question n'est pas évidente car les personnes qui ont initié un projet sont partie prenante de ce projet. Se retirer du groupe pourrait mettre le projet en difficulté et donner un aspect bancal à la co-construction. Par contre, les personnes initiatrices peuvent prendre une place à égalité avec toutes les autres parties prenantes du projet et perdre leur place de porteur du projet. Renoncer à ce rôle peut néanmoins faire peur au groupe dans un premier temps mais à terme cela permet à l'ensemble des membres du groupe de porter le projet à responsabilité égale.

Lorsqu'on co-construit il est presque impossible de se retirer du projet car c'est incohérent avec l'objectif. Malheureusement, pour une institution, ce n'est pas toujours facile et accepté de s'inscrire dans du si long terme.

Co-construire dans le cadre du colloque singulier

La co-construction patient/professionnel est également possible dans une relation individuelle. Par exemple, en partant de l'état de santé du patient, de ses besoins, de ses ressources, un projet individuel peut être construit par le professionnel et son patient.

Le diagnostic lui-même peut se co-construire. Le diagnostic vient signer, entre autres, ce désir de maîtrise des intervenants, notamment des psychologues. Ce désir de maîtrise que toute personne doit abandonner à partir du moment où elle co-construit peut l'être aussi lors de la construction du diagnostic. Même si des catégories nosologiques existent, un diagnostic n'est jamais figé. D'autres catégories peuvent être définies, d'autres mots peuvent être trouvés. Tant les psychologues que le reste de la population devraient se sentir à l'aise de critiquer les catégories existantes et les solutions proposées. Cela ne veut pas dire que la médication n'est pas parfois très importante mais cela ne doit pas empêcher une personne de décider de la façon dont elle choisit de se raconter.

Le plus petit dénominateur commun

Lorsqu'un projet se basant sur la co-construction est mis en place, il est intéressant de trouver le plus petit dénominateur commun. Ce dénominateur peut être trouvé en tout début de projet, lorsqu'une équipe se questionne sur certains constats posés au fil du quotidien. Il s'agit, dans un premier temps, de déterminer ensemble ce qui mobilise l'équipe pour ensuite démarrer le projet. Définir un dénominateur commun mobilisateur ne veut pas dire planifier toutes les étapes du projet.

Ce dénominateur commun peut être la prise de conscience que la précarité, par exemple, est une situation dans laquelle nous pouvons potentiellement tous nous retrouver du jour au lendemain. Ce dénominateur commun permet d'interroger les causes d'une certaine souffrance mentale qui a des impacts sur notre vie à tous, au quotidien.

Cette proposition rejoint l'idée que le plus petit dénominateur commun entre nous est l'humanité et la citoyenneté. La base de la co-construction, si on suit cette idée ; c'est d'encourager une citoyenneté au service de plus d'humanité et une humanité au service de la collectivité.

Synthèse en vue du retour en plénière

- Déconstruire la notion de co-construction pour l'aborder de manière plus distanciée et critique.
- Attendre la demande de l'utilisateur et ne pas aller au-devant, la précéder. Cela prend du temps mais il est important de laisser du temps au temps tout en sachant saisir les opportunités que donnent les usagers aux professionnels. Cela demande de ne pas tout anticiper et de se laisser surprendre.
- Elaborer des projets de co-construction dans un lieu que les usagers peuvent s'approprier, décentré et non stigmatisant.
- Le plus petit commun dénominateur comme base de la co-construction est l'humanité.
- La co-construction fait preuve d'intelligence citoyenne : « nous avons à apprendre de vous ».
- S'engager dans la co-construction permet parfois de « faire de la santé mentale sans parler de santé mentale ».
- il est important de prendre de la distance avec sa casquette, ne pas la nier mais accepter de perdre son pouvoir, expliciter ses représentations, voire dans certains cas exprimer son désaccord vis-à-vis des procédures en vigueur.
- Exercer sa pratique au cas par cas et ne pas la standardiser permet de rester humain.

Atelier 3 : décloisonner les champs d'action et mutualiser les ressources

Les personnes cumulant difficultés sociales et problèmes de santé mentale sont souvent accompagnées par différents services. Une prise en charge multiple est généralement indiquée afin de pouvoir appréhender la personne dans sa globalité. Cette pratique demande de décloisonner les champs d'action et de mutualiser les ressources. Quelles en sont les plus-values ? Quels facilitateurs existent pour permettre ces modes de collaboration ? Comment définir ensemble une visée commune ?

Animateur: Arnaud Bilande, responsable de projets, asbl Periferia.

Coordinateur de séance : Claire Bivort, responsable de projets, CRéSaM

INTRODUCTION

En introduction à l'atelier, il a été demandé à chaque participant d'écrire sur un post-it son prénom, le nom de son association ainsi que le champ d'action dans lequel il se situe (santé, santé mentale, logement, précarité). L'objectif étant d'avoir un panorama des champs d'action de l'ensemble des personnes présentes. Très vite, la question se pose de savoir si c'est possible de se situer dans les vides, à la croisée de certains champs d'action ou encore dans plusieurs champs d'action, soit parce que l'institution a différentes actions, soit parce qu'une personne a plusieurs casquettes. A la fin de cet exercice, nous pouvons remarquer qu'il n'est pas facile de classer les institutions. Certaines se retrouvent effectivement dans un champ d'action précis mais beaucoup d'autres sont à l'intersection de plusieurs champs, voire au milieu de ceux-ci.

ECHANGES

Un des enjeux du décloisonnement des champs d'action, c'est de permettre la perméabilité entre les différents acteurs. Comment est-il possible de travailler les croisements entre les différents acteurs ? Cette question est renvoyée aux personnes présentes qui se situent à l'intersection des différents champs d'action. Comment cela se passe-t-il concrètement pour eux ? Quelles sont les actions mises en place ?

Les actions de décloisonnement mises en place par des institutions à la croisée des champs d'action

Des membres d'institutions travaillant à la croisée du secteur de la santé mentale et de la précarité exposent leur mode de fonctionnement.

Présentation d'une première initiative

Les premières portes d'entrée du service sont les permanences - téléphoniques, physiques ou par mail. Ce service reçoit par ces biais des demandes de professionnels issus de différents secteurs (santé mentale, logement, précarité, ...) et des usagers. Après réception de la demande, le service décortique la situation et s'interroge sur les besoins du demandeur. Après cette première étape, la personne ou le service demandeur est rencontré. Les actions déterminées lors de concertations sont construites en « spirales », le service prend comme point de départ ce qui compte pour la personne

pour élargir ensuite le cercle petit à petit. Selon ce service, pour décroisonner les champs d'actions, il faut avant tout communiquer entre professionnels, lors des temps formels mais aussi informels. Cela se traduit par se rendre aux réunions et oser poser des questions pour mieux comprendre le fonctionnement de l'institution, ses points forts, ses points plus délicats et les limites de son champ d'action.

Présentation d'une deuxième initiative

Cette institution est un réseau en soi car les membres de son CA ainsi que son AG sont en parité santé mentale et précarité. Cela participe à la connaissance qu'a l'institution de ces secteurs. Au niveau des actions mises en place pour le réseau, l'institution organise des interventions co-animées par un travailleur en santé mentale et un travailleur issu du secteur social. De même, la parité des secteurs est recherchée au niveau des participants ainsi qu'une pluridisciplinarité. Ces interventions permettent de créer du lien entre les travailleurs ce qui amène des nouvelles pratiques et des échanges sur le terrain. Des tables d'échanges sur des thématiques sont également organisées, ce qui participe également à des échanges entre les institutions. Cette institution propose en outre une cellule d'appui qui accompagne les travailleurs confrontés à un bénéficiaire dans une situation d'impasse, soit dans l'accompagnement social, soit dans l'accompagnement en santé mentale. Ensemble (le travailleur demandeur et la cellule d'appui), ils remettent en place un réseau autour de l'utilisateur. Les échanges inter-institutions lors de ces concertations se font sur une base clinique et de terrain.

Les actions de décroisonnement mises en place par des institutions ancrées dans un seul champ d'action

Comment ce décroisonnement est-il travaillé dans les institutions qui travaillent dans un secteur bien précis ? Ces institutions restent-elles dans leur champ d'action ? Établissent-elles des liens avec d'autres acteurs. Comment ces mises en lien se déroulent-elles ?

Présentation d'une première initiative

Des interventions mises en place suite à la réforme des soins en santé mentale rassemblent différents acteurs : des éducateurs de rue, des maisons médicales, des maisons d'accueil, etc. Lors de ces interventions, des échanges ont lieu et des présentations de services sont effectuées. Un hôpital, présent lors de ces réunions, va également à la rencontre des nouveaux services qui s'ouvrent afin d'établir un contact, d'échanger et modifier ses pratiques.

Cette institution a également mis en place des stages d'immersion professionnelle. Des travailleurs sont détachés de l'hôpital pendant maximum 5 jours pour aller travailler dans une autre institution ; l'objectif étant que le travailleur prenne conscience des pratiques de l'autre institution, de son fonctionnement et de ses réalités de terrain mais aussi de ses limites et ses moyens. Ces échanges permettent d'aboutir à des bonnes pratiques de collaboration et à l'élaboration d'un partenariat au sein duquel les personnes se connaissent.

Que veut dire décroisonner ?

Le mot décroisonnement recouvre différentes réalités de travail. Les institutions qui ont un champ d'action bien déterminé sont amenées à se mettre en lien avec des champs d'action différents du

leur. Pour d'autres institutions, décloisonner est synonyme d'élargir sa palette de compétences. Le décloisonnement peut également être entendu comme étant un vecteur de la communication entre les différents secteurs du réseau.

De quoi parle-t-on lorsqu'on parle de réseau ?

Le réseau comporte deux niveaux. Le premier niveau concerne le réseau institutionnel ; il est primordial, pour un professionnel, de connaître la manière dont les autres institutions travaillent. Le deuxième niveau concerne le réseau du patient, celui-ci est unique à chaque fois. Il est important de ne pas introduire de confusion entre ces deux niveaux. Bien connaître les institutions avec lesquelles le professionnel peut être amené à travailler nourrit le terrain de travail mais il est essentiel de ne pas imposer ce réseau institutionnel à l'utilisateur.

Risques, freins et difficultés

Lors des échanges, différents risques, freins et difficultés liés au décloisonnement ont été pointés.

Selon certains participants, le décloisonnement ne doit pas être excessif, au risque pour le professionnel et l'utilisateur de se perdre dans l'offre. Le décloisonnement doit aller de pair avec la concertation et la mise en lien.

Mettre des étiquettes sur le dos d'institutions qui ne relèvent pas du même secteur peut également nuire à une bonne collaboration. Par exemple : en pensant que si l'institution n'a pas une conscience sociale, il sera impossible de travailler ensemble. Or, il est important, dans ces cas-là, de déterminer un objectif commun tout en étant effectivement conscient de l'éventuelle divergence d'intérêt.

Une impression de ne pas parler le même langage, de ne pas utiliser le même vocabulaire peut rendre plus difficile la pratique de réseau, d'autant plus si les pratiques de travail ou le cadre de l'institution semblent rester incompris même après avoir été expliqués.

Un autre frein au décloisonnement et au travail en réseau est la peur : la peur de l'autre, de soi, d'être jugé par rapport à ses compétences, de la façon dont on va être reçu par l'institution....

Une autre crainte est l'engorgement que provoquerait une mise en réseau. Ces services étant déjà surchargés, ils ne souhaitent pas une charge de travail supplémentaire. Certains services donnent l'impression qu'au plus ils sont invisibles et méconnus, au plus ils sont contents.

Décloisonner peut aussi parfois se traduire, pour le professionnel, par faire à la place de la personne et solliciter des institutions qu'elle n'avait pas elle-même contactées. Or, les travailleurs sociaux sont là pour accompagner les personnes là où elles veulent aller et non là où ils aimeraient qu'elles aillent. C'est très difficile d'accepter que les personnes ne veulent pas aller là où le professionnel aimerait les amener. Ce refus peut pousser à la collaboration, sans que ce soit bénéfique pour la personne.

Un autre frein mis en avant concerne les logiques institutionnelles et les logiques des pouvoirs subsidiaires. Faire une immersion dans un autre service, prendre contact avec le réseau, aller à sa rencontre prend du temps. Pour que cela puisse se mettre en place, il faut une volonté de la direction et des travailleurs. Or, les institutions sont prises dans des logiques où il leur est demandé de rencontrer de plus en plus d'utilisateurs, c'est-à-dire de programmer des entretiens et des

accompagnements, de prendre des contacts, etc. Le temps du travailleur se réduit pour aller visiter, échanger, participer à des tables rondes ou des colloques.

Pistes de solutions :

Pour d'autres participants, le pouvoir subsidiant est justement celui qui aide à travailler dans la dynamique de réseau. Les durées de séjours à l'hôpital ont diminués, ce qui force les hôpitaux à prendre contact avec les services extérieurs.

Pour travailler ensemble et collaborer, la confiance dans les interlocuteurs est indispensable. Cette confiance permet d'établir des liens privilégiés et de construire la collaboration. Il est souligné que les rencontres en face à face permettent de bien meilleures pratiques de réseau que la connaissance formelle de ses partenaires. Le réseau du patient va également mettre les institutions en lien. Un exemple pratique pour favoriser les connaissances interpersonnelles est l'organisation d'un « speed dating » entre membres du réseau.

Décloisonner hors les murs

Plusieurs pistes de solutions pour décroisonner les champs d'action et mutualiser les ressources font état d'une pratique « hors les murs ».

C'est le cas de ce service qui accueille une permanence du CPAS pour les gens qui ne sont pas capables de retenir un rendez-vous ou qui n'ont pas la force ou la capacité d'aller au CPAS. Un lien peut se tisser entre celui qui tient la permanence et le bénéficiaire. Il sera plus facile pour ce dernier de se rendre ensuite au CPAS car il y connaît déjà quelqu'un. De même pour le professionnel qui aura plus de facilités à contacter ce service. Les permanences permettent aux professionnels de mieux se connaître et d'éviter de faire la même chose avec le même bénéficiaire. Même simplement accompagner un usager dans un service permet de créer un lien entre les travailleurs.

Un autre service propose des activités menées en binôme avec un membre de l'institution et un professionnel extérieur. Chaque jour, ces activités sont co-animées par des professionnels d'une fonction différente. Cela permet à l'intervenant extérieur de se décharger d'une étiquette parfois encombrante vis-à-vis de l'usager. Le bénéficiaire, parce qu'il a l'habitude de rencontrer ce professionnel pourra plus facilement formuler une demande bien spécifique et aller dans la structure de ce professionnel pour un accompagnement.

Ces exemples de pratiques permettent autant aux institutions de se rencontrer qu'à l'usager de prendre plus facilement contact avec des intervenants d'autres institutions.

Le dernier exemple de pratique hors les murs est mis en application à Lille. Une équipe d'infirmiers spécialisés en psychiatrie sont répartis dans différents services de la ville travaillant avec la grande précarité. Certains infirmiers sont avec des éducateurs de rue, d'autres dans des écoles, des centres PMS, etc. Cette équipe spécialisée bénéficie de réunions hebdomadaires. Ces infirmiers spécialisés amènent un éclairage psychiatrique dans les structures dans lesquelles ils travaillent. L'hôpital sort ici de ses murs et partage son expertise avec le réseau.

Le secret professionnel

Comment collaborer en respectant le secret professionnel ? Comment lever ce frein ? Comment décroisonner sans rentrer dans un système qui serait violent pour les personnes avec qui nous sommes amenés à travailler ?

Le cadre du secret professionnel

Lorsque ce thème est apparu au cours de l'atelier, certains participants ont souhaité tout d'abord rappeler le cadre qui entoure le secret professionnel. Le secret professionnel est inscrit dans le code pénal ; cela implique que partager le secret sans raison est puni par la loi. La loi qui régit cette déontologie du travail est la même pour tous les professionnels. Le secret professionnel partagé n'est pas la règle mais l'exception car il faut des conditions très claires pour que le secret puisse être partagé. Le secret professionnel est ce qui garantit à l'usager d'être dans un cadre où il peut dire ce qu'il a envie de dire, que ce soit vrai, faux, partiel ou complet. Il est important, en tant que professionnel, de rappeler ce cadre. Les usagers connaissent le système et mettent en place la stratégie adaptée. Raconter toute son histoire, même les détails les plus durs, à chaque professionnel rencontré peut en faire partie.

Pour toutes questions relatives à la déontologie et au cadre du secret professionnel, il existe un comité de vigilance que tout travailleur peut consulter à ces sujets. Pour que tous les partenaires soient bien au clair vis-à-vis du cadre légal du secret professionnel, des rencontres peuvent être organisées en invitant un expert sur le sujet.

Questions et difficultés

Le secret professionnel est vu par certains comme étant au cœur des questions relatives aux pratiques de décroisonnement, surtout au croisement du social et de la santé mentale. Les professionnels qui décident de ne pas partager l'histoire de la personne sont parfois étiquetés comme voulant garder une partie du pouvoir. Or, ce secret est la base de la relation de confiance. Partager le secret peut être d'une grande violence pour les patients et les usagers sans que les professionnels ne s'en rendent compte, et ce, même s'ils pensent que c'est dans l'intérêt du patient. Garder le secret permet à l'usager de garder sa liberté de raconter ce qu'il veut et à qui il veut, de la manière dont il le souhaite. Échanger des informations sous prétexte que la personne n'aura pas à raconter son histoire difficile peut venir à l'encontre de cette liberté.

Pistes de solutions

Un des premiers leviers provient du fait qu'il existe des moyens pour que les professionnels puissent avancer ensemble sans partager le contenu. Il est possible d'entourer quelqu'un sans avoir toutes les informations sur sa vie. Un autre exemple vient d'un CPAS qui organise des réunions avec ses partenaires pour mettre en commun des situations difficiles. Lors de ces rencontres, les personnes ne sont jamais nommées et les professionnels ne rentrent pas dans l'histoire précise de la personne mais exposent ce qui pose problème pour essayer de comprendre les cadres de travail des uns et des autres. Cela permet de mieux se comprendre entre services, de mieux appréhender les réalités de travail de chacun.

Un autre facilitateur au décroisonnement qui préserve le secret professionnel peut être le patient lui-même. Cette pratique engage le professionnel à ne pas faire de démarches pour le patient sans que ce dernier soit là. Il est important que le professionnel l'informe de cette posture de travail.

Cette posture permet d'étendre le réseau en partant du patient. Au-delà des démarches effectuées en présence de l'utilisateur, certains participants ont souligné l'importance que l'utilisateur informe lui-même d'autres partenaires de certaines spécificités de sa situation et de son histoire lorsque cela s'avère nécessaire. Cette même posture peut être adoptée au sein des concertations en présence de l'utilisateur. Dans un premier temps, il est demandé à ce dernier de déterminer les personnes à inviter. Lors de ces concertations, c'est le projet de l'utilisateur qui est travaillé et qui va déterminer le rôle des professionnels présents. Un dialogue est établi entre le rôle que souhaite donner l'utilisateur à l'un ou l'autre et la manière dont le professionnel est prêt à l'aider au regard de ses limites. Dans l'exemple rapporté, c'est l'utilisateur qui détermine également le référent.

La fonction de liaison, mise en place depuis quelques années dans les SSM, participe également au décloisonnement par le travail de lien que cette fonction demande. Cette fonction permet au thérapeute de se défaire du travail de réseau pour mieux se concentrer sur le travail clinique et à l'agent de liaison de n'être que dans l'information. Les informations transmises par le thérapeute seront uniquement celles qui permettront à l'agent de liaison de faire ce travail de mise en lien et auront été définies au préalable avec le patient.

Se rencontrer entre professionnels et usager autour d'une situation avec comme objectif de clarifier la position de chacun par rapport au secret professionnel peut être un bon levier pour dépasser les difficultés de décloisonnement liées au secret. Cela permet au patient d'entendre qui est à quelle place, ce qui va circuler et ce qui ne circulera pas.

Le secret professionnel peut être partagé uniquement lorsque c'est dans l'intérêt du patient. Par exemple, un hôpital a mis en place un partenariat avec le relais social. En effet, les personnes en grande précarité sont souvent mal reçues par les urgences et rapidement mises dehors. Dans un premier temps, une rencontre entre éducateurs de rue, infirmières, médecins et assistants sociaux des urgences a été organisée. Aujourd'hui, quand un patient en grande précarité arrive dans le service, les urgences prennent contact avec le relais social pour qu'il vienne rencontrer le patient. Le relais social aide également les urgences à mieux communiquer avec le patient, à construire une meilleure relation et à mieux comprendre la réalité du patient.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES EN VUE D'UN RETOUR EN SÉANCE PLÉNIÈRE

- Sortir des murs : inviter une institution à venir faire des permanences ou des co-interventions dans son institution et vice et versa.
- Rencontrer les autres professionnels en face à face via, par exemple, des « speed dating », des stages d'immersion, etc.
- Respecter le secret professionnel invite à donner une place centrale à l'utilisateur/bénéficiaire. Il est important de mettre la personne en capacité de pouvoir raconter sa vie, de la laisser décider de ce qu'elle veut déposer et où elle veut le déposer. C'est possible, notamment en partant du parcours de l'utilisateur pour interpeller le réseau et en effectuant les échanges avec d'autres professionnels uniquement en sa présence.

Atelier 4 : intégrer les projets et les publics dans la communauté

Aujourd'hui, entendre les souffrances psychiques et sociales ne peut se départir d'une réflexion sur la visée sociétale du projet et ses interactions possibles avec la communauté. Comment donner un ancrage communautaire et citoyen au projet ? Quelles ouvertures communautaires proposer pour permettre aux participants de sortir du système de soin?

Animateur : Christian Legrève, responsable du service « éducation permanente » de la Fédération des maisons médicales.

Coordinateur de séance : Marie Lambert, responsable de projets, CRéSaM

INTRODUCTION

Plusieurs éléments sont intéressants pour aborder la question du communautaire. La prise en compte du contexte actuel, par exemple, et notamment de l'hyper activation. De même, la communauté n'a de sens que dans la citoyenneté, les deux sont intrinsèquement liés. D'autres thèmes abordés en séance plénière traversent également la question de l'ancrage communautaire : le travail du vide et du rien, la notion de contrat, le fait qu'il est important de recréer du commun et d'agir sur les mécanismes producteurs de précarité, l'approche spécialisée, les conditions de travail des travailleurs et les actions possibles sur ces conditions. L'inclusion dans la communauté est également en lien avec le type d'accueil que le projet propose.

Lorsqu'il est question de donner un ancrage communautaire au projet, professionnels comme usagers doivent se considérer comme des citoyens. Il n'est pas possible d'accompagner des personnes à prendre une place de citoyen sans s'engager soi-même comme citoyen. Cette posture peut être difficile et susciter des tensions et amène parfois à sortir du cadre.

Comment mettre ces questions en parallèle avec l'ancrage des projets et des publics dans la communauté ?

ECHANGES

Définitions du terme communautaire

Selon un participant, la différence entre le travail social de groupe et le travail social communautaire se situe au niveau des objectifs poursuivis. L'objectif du travail social communautaire est de chercher à modifier quelque chose du cadre ou dans l'environnement. Les bénéfices de ces actions ne porteront donc pas uniquement sur les participants mais aussi au-delà. Le travail social communautaire est très proche de la notion de citoyen et pourrait être comparé à un mouvement de démocratie participative.

Il y a également une distinction à faire entre « collectif » et « communauté ». Faire des choses en groupe est important mais il n'y a pas nécessairement un objectif d'agir sur le contexte, d'impulser une dynamique de changement qu'on retrouve dans le travail communautaire.

Pour d'autres participants, le communautaire se travaille hors des murs des institutions, voire au domicile des personnes. Les murs de l'institution ou de l'hôpital peuvent apporter une certaine sécurité mais en contrepartie la personne devient un patient avant d'être un citoyen.

La communauté est une notion difficile à appréhender. Il est possible d'appartenir à une société sans appartenir à une communauté, ou du moins à une communauté connotée positivement.

Pour qu'un projet puisse être ancré dans la communauté, il est important que différents publics puissent s'y croiser, sans appréhension d'une stigmatisation. À terme, au sein d'une communauté, les étiquettes accolées aux personnes devraient tendre à disparaître ou en tout cas à ne plus être source de discrimination et de stigmatisation. Or, la pauvreté et la santé mentale peuvent faire peur à une communauté. Trouver les bons mots permettrait d'admettre plus facilement les usagers en tant que personnes dans une communauté.

Être dans la communauté, ne veut pas uniquement dire « habiter au milieu des autres ». Il y a plusieurs communautés et, en principe, personne n'appartient qu'à une seule communauté. Or, l'image de la communauté renvoyant au local est souvent très présente.

D'autres participants à l'atelier soulignent la création de liens qui traversent la dimension communautaire.

C'est de la responsabilité des soignants de faire des plaidoyers à partir de ce qu'ils constatent mais ça ne suffit pas. Certains aspects de la société doivent être transformés systématiquement. La pratique communautaire pourrait permettre ces changements. Faire de la politique, ce n'est pas uniquement relayer des informations. Les actions politiques peuvent aussi avoir lieu au niveau communautaire.

Le communautaire et sa dimension politique

Les difficultés des professionnels peuvent aussi être mises en discussion avec les usagers dans la perspective de partager une expérience commune de vulnérabilité.. Cette position permet de remettre le travailleur dans la communauté. De même, restituer les difficultés individuelles des personnes dans un cadre plus large peut être bénéfique. Les usagers et les professionnels ne sont plus des usagers et des professionnels mais deviennent des citoyens qui partagent une même réalité. Cette impression de partager une même réalité peut être provoquée en posant des questions aux professionnels et aux usagers qui les dépassent. A ce moment-là, l'ignorance et les connaissances sont beaucoup plus réparties. Le professionnel peut être un outil pour raccrocher un citoyen dans la communauté.

Ces positions du travailleur peuvent être considérées comme étant de la politique. Mais selon certains participants, il est impossible de faire des soins sans faire de politique. Or, dans la perspective communautaire de changer les cadres et l'environnement, une visée politique est posée. Elle est même indispensable.

La question des ressources des communautés est une notion à mobiliser avec soin. Si les ressources des communautés sont trop valorisées, il y a un risque que l'état ou les soignants se déchargent de leurs responsabilités d'aider les membres en difficulté en s'en sortir.

Les besoins primaires

Les besoins primaires des usagers viennent souvent en première ligne lors des rencontres, ils donnent l'impression que la pratique communautaire n'est pas indispensable. Pourtant, lorsque les professionnels prennent le temps de s'entretenir avec eux, ils se rendent compte que d'autres besoins sont également présents mais les usagers les ont cachés, ou oubliés.

Un autre participant relate que ce que les gens disent le plus, c'est leur envie de trouver leur place et surtout, de se sentir utiles et d'entrer dans une démarche de générosité. Il n'entend que très peu de besoins primaires, l'usager va rapidement parler de sa solitude et son envie de recréer des liens.

Le cadre

Lorsque nous abordons la question des nouvelles pratiques, par exemple de sortir du cadre, il est important de préciser ce qui est entendu derrière cette notion de « hors-cadre ». Il est impossible de construire un projet sans cadre. Le « hors cadre » renvoie davantage à sortir du cadre connu, à inventer, créer, co-construire et s'approprier un nouveau cadre de travail plutôt qu'à une notion de projet sans cadre.

Néanmoins, il est important de garder à l'esprit que quand un cadre est créé, il est souvent accompagné de critères d'exclusion. L'expérience et l'ouverture permettent de repousser nos critères d'exclusion. L'accueil à « bas seuil » est très important pour accueillir l'ensemble de la population. L'accueil dans les services est à soigner car il reflète la manière dont sont reçus les citoyens.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES EN VUE D'UN RETOUR EN SÉANCE PLÉNIÈRE

- Il est important d'être attentif à ce qu'on met derrière les notions de communauté et de communautaire car elles ne vont pas de soi. Communautaire ne veut pas nécessairement dire communauté. Il n'y a pas une communauté mais plusieurs. Deux définitions ont été proposées :
 - Ancrer le projet et les publics dans la communauté c'est ancrer la personne dans un ensemble dans lequel elle peut se retrouver positivement et auquel elle peut apporter quelque chose. Et vice et versa.
 - La dimension communautaire renvoie à l'idée que nous pouvons transformer le milieu et le contexte ; il y a une dimension politique de transformation de l'environnement.
- Intégrer le public dans la communauté permet de rendre visible la personne, qu'elle soit acceptée telle qu'elle est et lui (re)donner une place de citoyen.
- Deux moyens pour intégrer le projet et le public dans la communauté ont été soulignés :
 - Investir l'espace public. Il ne s'agit pas uniquement de faire déboucher un projet sur l'espace public mais aussi de le préparer et de le construire sur cet espace. Il pourrait être intéressant de considérer l'espace public comme un espace normal de travail pour tous les acteurs.
 - Proposer des lieux à l'accueil soigné, où il n'y a pas d'attentes envers les usagers, pas d'objectifs à atteindre. Un lieu où on peut « être », être soi, être ensemble, sans jugements.