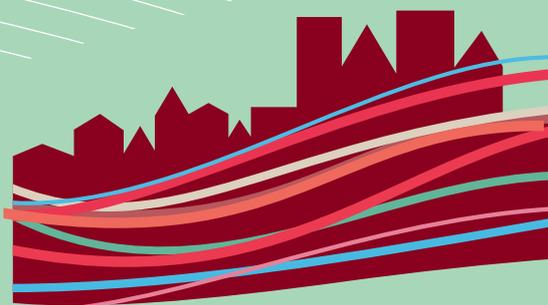


SANTÉ
MENTALE
dans la CITÉ



DES « laissés pour compte » ?
À LA RENCONTRE DES PERSONNES LES PLUS

FRAGILISÉES

D/2018/9810/2

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations.....	3
SÉANCE PLÉNIÈRE	4
○ Accueil - Christiane BONTEMPS, Directrice du CRéSaM.....	5
○ « La vulnérabilité à l'épreuve des politiques sociales » - Jean-Louis GENARD, Philosophe et Docteur en Sociologie.....	10
○ « De l'errance au droit de cité » - Olivier DOUVILLE, Psychologue clinicien et psychanalyste.....	19
TABLE-RONDE	30
○ Philippe BOLLETTE START MASS, Liège (Assuétudes).....	31
○ Catherine CASSEAU SSM provincial « Namur-Astrid » & Marie MATHY RSUN, Namur (Grande précarité).....	34
○ Nathalie DELVENNE Les Héliotropes, Incourt (Double diagnostic).....	38
○ Luc FOUARGE COGA, Leernes (18-25 ans - « JAVA »).....	42
○ Mélanie OUDEWATER Respect Seniors Wallonie (Grand âge).....	45
○ Sylvie OUDAR Phileas, HNP St Martin, Dave (Internés).....	48
ATELIERS	52
Atelier 1 « Assuétudes ».....	56
Atelier 2 « Double diagnostic ».....	60
Atelier 3 « Grand âge ».....	64
Atelier 4 « Internés ».....	66
Atelier 5 « JAVA ».....	69
Atelier 6 « Précarité ».....	77
CONCLUSIONS	85
○ Mise en perspectives des ateliers avec les observatrices et observateurs.....	86
○ Clôture de la journée :	
- Luc FOUARGE, Président du CRéSaM.....	92
- Madame Alda GRÉOLI, Vice-Présidente du Gouvernement wallon et Ministre wallonne de l'Action sociale, de la Santé, de l'Égalité des chances, de la Fonction publique et de la Simplification administrative	94
Repères bibliographiques	97

La plupart des textes de ces actes s'appuient sur la transcription des enregistrements des présentations et des échanges. L'objectif est d'évoquer la richesse des interventions et d'en extraire les points d'attention. Ils reflètent ce que le CRéSaM retient du colloque. Ils n'engagent donc pas la responsabilité des intervenants.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AB :	Administrateur de biens
AP :	Annexe Psychiatrique (d'établissement pénitentiaire)
ALE :	Aide Locale à l'Emploi
AViQ :	Agence wallonne pour une Vie de Qualité
AWIPH :	Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées
COGA :	Centre d'Observation et de Guidance
CPAS :	Centre Public d'Action Sociale
DD :	Double Diagnostic
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
EDS :	Établissement de Défense Sociale
IHP :	Initiative d'Habitations Protégées
IMP :	Institut Médico-Psychologique
INAMI :	Institut National Maladie-Invalidité
LUSS :	Ligue des Usagers de Services de Santé
MASS :	Maison d'Accueil Socio-Sanitaire
MSP :	Maison de Soins Psychiatriques
ONE :	Office de la Naissance et de l'Enfance
RSUN :	Relais Social Urbain Namurois
SAJA :	Service d'Accueil pour Jeunes Adultes
SAPS :	Service d'Accueil Partiellement Subsidé
SPJ :	Service de Protection de la Jeunesse
SPP :	Service Public de Programmation
SSM :	Service de Santé Mentale
UPML :	Unité Psycho-Médico-Légale

SÉANCE PLÉNIÈRE

Accueil

Christiane BONTEMPS, Directrice du CRéSaM

Cet été, alors que les préparatifs de la Semaine battaient leur plein, j'ai tout de même pris, comme vous tous je l'espère, quelques jours de vacances pour recharger mes batteries... L'occasion, comme à chaque fois de me plonger dans un roman...

« *Bord de mer* »¹, de *Véronique Olmi*

Un titre bien indiqué... Un titre qui fait déjà voyager...

Je ne sais pas si certains d'entre vous l'ont déjà lu... Mais si vous n'avez pas de temps, ne l'ouvrez pas parce que vous ne saurez pas vous en échapper...

Bord de mer, c'est l'histoire de cette femme qui vit seule avec ses deux garçons et qui pour la première fois les emmène en vacances... Une escapade qui doit être une fête... Sauf qu'il pleut, sauf qu'elle part en car la nuit pour que personne ne les voit, sauf qu'ils vont loger dans un hôtel miteux, sauf qu'il n'y a que quelques pièces de monnaie rassemblées dans une boîte en fer pour faire la fête...

« *Bord de mer* », c'est l'histoire d'une maman qui n'en peut plus, qui a pourtant une assistante sociale dont elle n'arrive pas toujours à se faire comprendre, un psychiatre qui essaie de gratter la terre de ses souvenirs où il n'y a malheureusement rien... On sait aussi qu'il y a Marie-Hélène, une institutrice qui compte beaucoup pour ses garçons, qu'elle est passée par l'ONE et surtout qu'elle a un grand bonhomme de 9 ans sur qui elle peut compter et un petit bonhomme de 5 ans qui la fait rêver...

Elle, on ne sait même pas comment elle s'appelle. C'est elle qui raconte l'histoire. Son histoire, une histoire simple et bouleversante dont je ne vous raconterai pas la fin. Une histoire terrifiante empreinte d'anxiété qui pénètre le lecteur comme l'humidité permanente qui saisit les personnages. Une histoire qui se termine sur un cri lancé dans la nuit noire et froide. Une histoire qui vous transforme. Une histoire comme celles auxquelles sans doute vous êtes confrontés, pour lesquelles vous vous battez au quotidien et où vous vous dites : « ça ne peut plus arriver », et pour lesquelles vous voulez trouver des solutions.

Une histoire qui m'a particulièrement touchée dans la préparation de cette journée.

Une invitation à la lecture... Une invitation à faire quelque chose.

Bienvenue

C'est sur cette histoire et sur toutes les vôtres que nous allons nous mobiliser aujourd'hui.

« Santé mentale dans la cité », jamais deux sans trois ! Nous en sommes déjà à la troisième édition de la Semaine de la santé mentale en Wallonie et c'est la troisième fois que nous nous retrouvons en colloque pour apporter ensemble notre contribution à plus de « Santé mentale

¹ OLMI V., « *Bord de mer* ». Paris, Actes Sud, 2001.

dans la cité », un rendez-vous que nous vous proposons de façon annuelle, grâce au soutien de l'Autorité régionale.

Le 10 octobre, c'est la Journée mondiale de la santé mentale et nous profitons de ce moment pour attirer l'attention sur la santé mentale, ceux qui en souffrent et ceux qui tentent d'apporter des réponses à ces souffrances. Chacune et chacun d'entre vous, usagers, proches et professionnels, c'est au quotidien que vous vous mobilisez, et c'est avec vous que nous souhaitons marquer cette journée de la santé mentale pour travailler ensemble sur vos préoccupations et sur la façon de les rencontrer au mieux.

Consacrer une Semaine à la santé mentale tous les ans, c'est reconnaître que la santé mentale, c'est important ; c'est reconnaître le travail de tous ceux qui se mobilisent pour plus de santé mentale et reconnaître aussi que l'on peut encore faire évoluer la situation.

Cette année, le sujet est préoccupant, comme en témoigne votre présence en nombre. Tout au long de la Semaine et de cette journée en particulier, nous avons voulu mettre l'accent sur les « laissés pour compte » et chercher comment aller à la rencontre des personnes les plus fragilisées.

Depuis des dizaines d'années, l'offre de soins en santé mentale se diversifie dans une volonté d'apporter une réponse à toute personne qui, à un moment de sa vie, rencontre des difficultés nécessitant un accompagnement. Pour remédier à la complexité de ce paysage et favoriser la continuité dans les soins, différentes réformes sont intervenues. Divers services, institutions et associations des différents secteurs (psychiatrie, secteur social, handicap, assuétudes, justice, logement, ...) font également preuve d'une grande créativité afin de répondre aux besoins de cette population, qu'il s'agisse, par exemple, d'initiatives d'accueil à bas seuil, de dispositifs collectifs, d'initiatives en matière sociale, d'accompagnement à domicile ou de réseaux.

Ces nombreuses initiatives et ces efforts tant publics que privés ne semblent cependant pas encore couvrir l'ensemble des besoins. Force est de constater qu'il reste des personnes, souvent les plus fragilisées, qui ne trouvent pas de prise en charge adaptée à leur situation. Certaines d'entre elles sont en errance, d'autres se retrouvent dans des structures qui ne répondent pas à leurs besoins, d'autres sont à la rue ou dans des structures d'hébergement non agréées sans normes d'encadrement ou de qualité. D'autres encore restent dans leur famille, souvent très démunie et isolée.

Sans avoir l'ambition d'être exhaustifs, nous avons pointé, parmi les situations les plus délicates, celles que vous avez voulu aborder aujourd'hui, suite à l'appel à participation que nous vous avons lancé. Elles relèvent de la grande précarité, des assuétudes, du suivi des patients sous statut « interné », des jeunes adultes et vieux adolescents (18-25 ans), du double diagnostic ou du grand âge.

Au programme

Notre objectif, tout au long de cette journée de colloque, sera non seulement de mieux comprendre comment il arrive, aujourd'hui encore, que des personnes fragilisées ne trouvent pas de solution adéquate, de pointer les questions concrètes soulevées par ces situations mais aussi de co-construire des pistes d'actions et de proposer ensemble des recommandations pour faire évoluer la situation.

Qui prend en charge ce public aux besoins multiples et complexes ? Quelles initiatives sont mises en place ? Que penser de ce qui se développe en marge de l'offre agréée ? Comment l'offre de soins peut-elle s'organiser pour accueillir les personnes telles qu'elles se présentent ? Comment la situation a-t-elle déjà évolué ces dernières années ? Comment chaque service se situe-t-il par rapport à ce public ? Quelles sont les limites des services mais aussi de l'aide en tant que telle ? Quelle place est accordée à la liberté de choix des personnes ? Comment les familles arrivent-elles à faire face lorsqu'elles sont présentes auprès de leur proche et comment les accompagner de manière à éviter les ruptures de lien avec l'utilisateur ? Quel travail possible dans les interstices ? Avec quelle créativité ? Comment assouplir les cadres existants ? Que proposer pour améliorer la situation ?

Tout cela ne signifie pas que rien n'est fait, bien au contraire. L'objectif de cette journée sera aussi de repérer ce qui marche, les bonnes pratiques déjà initiées sur le terrain pour rencontrer ces situations, de façon à ce qu'elles puissent être encouragées et donner de bonnes idées à d'autres.

Nous avons donc du pain sur la planche !

Au programme, en matinée nous allons tenter de mieux comprendre ces situations à partir de grilles de lectures complémentaires, et de situer les questions qui se posent concrètement pour les rencontrer.

Et l'après-midi, nous nous mettrons ensemble au travail pour identifier les solutions possibles et, si besoin, en inventer de nouvelles pour améliorer la situation et ouvrir sur des propositions et perspectives concrètes que nous soumettrons ensuite, et dès aujourd'hui, à tous ceux qui peuvent s'en saisir.

Un programme bien copieux donc, que nous tenterons de rythmer, tant en séance plénière que dans les ateliers, d'un petit signal musical.

Merci

Ce travail et l'organisation de cette journée, nous ne pouvons y arriver seuls et avant d'entrer dans le vif du sujet, je tiens à remercier chaleureusement tous ceux qui y ont contribué.

Merci à vous tous qui êtes présents en nombre aujourd'hui, venus de différents horizons, témoignant ainsi du fait que la santé mentale, c'est l'affaire de tous.

Merci à tous ceux qui se sont mobilisés pour alimenter cette Semaine de la santé mentale, en ouvrant les portes de leur service, en proposant des actions, des thèmes ou des interventions.

Merci aussi aux usagers et à leurs proches ainsi qu'à leurs fédérations : Psytoyens, Similes, les experts du vécu du SPP Intégration Sociale et la LUSS, qui se sont mobilisés pour assurer une présence active à cette journée.

Merci à l'Autorité régionale qui nous a permis d'organiser cette Semaine et cette journée, et qui nous soutient dans une belle coopération, pour mener à bien nos missions d'appui, d'observatoire, de recherche, de concertation et d'information en santé mentale. Ces remerciements s'adressent autant à la Ministre Alda Gréoli, en charge de la Santé et à ses collaborateurs qu'à l'AViQ et plus particulièrement à la Direction « Santé mentale », bien représentée aujourd'hui, ce qui nous fait bien plaisir.

Merci bien évidemment à tous ceux qui ont accepté de nourrir nos travaux du jour. Vous les orateurs et intervenants de cette matinée plénière, mais aussi les animateurs qui piloteront les ateliers de cet après-midi ainsi que les observateurs, issus des différentes associations et fédérations actives en santé mentale ou dans des secteurs partenaires, qui ont accepté d'écouter attentivement vos bonnes idées et qui en pointeront une parmi celles qui leur parlent tout particulièrement.

Merci aussi à vous tous pour votre présence. Il ne m'est pas possible de citer tout le monde mais j'ai vu dans la liste des inscrits que, par exemple, des collègues bruxellois et des instances fédérales nous faisaient l'honneur de nous rejoindre, ce qui nous semble important parce que les questions qui se posent ici ne peuvent que s'enrichir de celles qui sont travaillées ailleurs et que dans notre pays fédéral, les réponses apportées dépendent aussi d'une bonne articulation entre les différentes entités.

Je ne voudrais pas terminer ces remerciements sans m'adresser à nous-mêmes, au CRÉSaM, à notre Conseil d'Administration qui a soutenu le processus et veille à son aboutissement et plus spécifiquement encore à notre équipe qui a travaillé d'arrache-pied pour élaborer ce programme en un temps record, sous la coordination d'Audrey Crucifix, avec la complicité de Julie Delbascourt : Françoise André, Séverine Dupont et Muriel Genette au secrétariat et à l'accueil ; Claire Bivort, Delphine Doucet, Chadia Hezukuri, Renaud Laguesse, Marie Lambert, Pascal Minotte et Alexis Vanderlinden, pour l'élaboration, l'alimentation et le suivi du projet.

Cette journée est, pour nous, le point d'orgue de cette Semaine de la santé mentale en Wallonie qui vous aura déjà donné l'occasion, je l'espère, d'aller à la rencontre des initiatives locales et/ou de participer aux événements repris dans le « programme off » et initiés spontanément dans le secteur à l'occasion de la Journée mondiale pour la santé mentale. Ce sont là, comme dans toutes les autres manifestations reprises dans votre programme, les mêmes préoccupations qui sont travaillées de différentes façons, dans différents lieux et dont nous comptons bien pouvoir faire profiter l'ensemble.

Pour suivre

Le travail ne sera bien sûr pas terminé aujourd'hui, et toutes les bonnes idées que vous aurez déposées, nous allons les rassembler pour en faire quelque chose, les communiquer à qui peut s'en saisir.

Il me reste donc à vous souhaiter une bonne journée.

Je souhaite qu'elle soit productive pour chacun d'entre vous, pour la santé mentale, pour l'offre de soins en santé mentale et, surtout, pour les « laissés pour compte ».

« La vulnérabilité à l'épreuve des politiques sociales »²

Jean-Louis GENARD, Philosophe et Docteur en Sociologie

*Jean-Louis Genard est philosophe et docteur en sociologie. Il a dirigé l'Institut supérieur d'architecture de « La Cambre » à Bruxelles et enseigné à l'Université Libre de Bruxelles et aux Facultés Universitaires Saint-Louis. Il a également dirigé le GRAP (Groupe de Recherches en Administration Publique, attaché à l'Université Libre de Bruxelles). Il a publié de très nombreux articles ainsi que plusieurs ouvrages comme auteur, co-auteur ou comme éditeur, parmi lesquels : « Sociologie de l'éthique » (2000), « Les dérèglements du droit » (2000), « La grammaire de la responsabilité » (1999), « Les pouvoirs de la culture » (2001), « Santé mentale et citoyenneté (avec J. De Munck, O. Kuty, D. Vrancken, et coll.) » (2003), « Expertise et action publique (avec S. Jacob) » (2004), « Les constructions de l'action publique (avec F. Cantelli, S. Jacob et Ch. De Visscher) » (2007), « Action publique et subjectivité (avec F. Cantelli) » (2007), « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance » dans *Destins politiques de la souffrance de Thomas Périlleux et John Cultiaux* (2009).*

C'est toujours un peu stressant de prendre la parole et de parler devant des gens qui connaissent mieux le problème que celui qui va parler... La façon de se mettre en bonne position, c'est de contextualiser les choses. C'est ce que je vais essayer de faire.

La sémantique de la responsabilité et les transformations de l'Etat

Je suis entré en contact avec les problématiques de la santé mentale, avec les transformations de l'action publique à l'égard des populations fragilisées, principalement au travers de deux types de recherche. D'une part, j'ai eu l'opportunité de travailler avec les Ligues bruxelloise et wallonne de santé mentale, ce qui a donné lieu à un livre sur la santé mentale, « Santé mentale et citoyenneté », au travers d'une recherche collaborative entre trois universités, l'Université Catholique de Louvain avec Jean De Munck, l'Université de Liège avec Didier Vrancken et Olgierd Kuty et l'Université Libre de Bruxelles par mon intermédiaire. D'autre part, j'ai eu l'occasion de piloter des recherches sur les transformations du C.P.A.S., en particulier à Bruxelles. Par ailleurs, j'ai réalisé ma thèse de doctorat sur la question de l'éthique et donc de la responsabilité.

C'est au travers de cette conjugaison que j'en suis arrivé à développer quelques hypothèses sur les transformations de l'action publique parce que précisément, ce à quoi l'on a assisté dans les années 1980-90, c'est à la pénétration de la sémantique de la responsabilité au cœur des politiques publiques et, particulièrement, des politiques sociales. Sous l'influence du néolibéralisme, on en venait progressivement à considérer que les aides sociales ne devaient pas produire des « assistés », mais que les bénéficiaires devaient se prendre en mains, être responsables d'eux-mêmes, de leur santé, de leur situation d'emploi...

² Texte rédigé par le CRéSaM à partir de l'enregistrement de la séance.

Ce que je vais essayer de montrer ici, c'est comment la montée de cette sémantique de la responsabilité a contribué, en termes de transformation des dispositifs d'intervention publique, à produire de la fragilité.

L'hypothèse sur laquelle j'ai travaillé se situe au niveau des transformations de l'État. Elle cherche à prendre distance par rapport à l'interprétation qui est souvent la plus immédiate. On interprète souvent les transformations actuelles de l'État en distinguant deux types de strate d'État. L'État de type « libéral » qui garantit les libertés, avec cette restriction selon laquelle la liberté des uns ne doit pas empiéter sur la liberté des autres : c'est l'État gendarme, sécuritaire. Et puis serait venu se superposer à cela une strate d'État social où là ce n'est plus la liberté mais l'égalité en quelque sorte qui est préservée et garantie. Souvent, à l'heure actuelle, l'interprétation - qui d'ailleurs n'est pas fausse - consiste à dire qu'il y a une régression des dispositifs liés à l'État social et que ce qui était réglé en termes de politique sociale ne l'est plus ou l'est moins, et est rejeté du côté sécuritaire. Il y a du côté de l'état libéral trente-six mille bonnes raisons d'adhérer à cela mais de mon point de vue, c'est un peu plus compliqué. Mon hypothèse irait plutôt dans le sens où se construit une troisième strate d'État, que l'on a appelée avec d'autres l'« État réseau ». Il n'y a pas de vocabulaire absolu pour ça, on parle d'État social actif, d'État réflexif, d'État animateur, d'État évaluateur, d'État managérial... Il y a effectivement une nouvelle strate d'État qui interagit avec les autres et c'est en fonction de cette perspective qu'à mon avis peut s'éclairer davantage, et mieux, ce qui est en train de se passer.

L' « État-réseau »

Je voudrais éclairer la spécificité de cette troisième strate et le faire sous deux angles. Le premier est un angle anthropologique. Je vais essayer de montrer comment au travers de cette troisième strate, la manière de percevoir ce que c'est qu'« être un humain » change. Ce qui se manifeste notamment par la montée de cette sémantique de la fragilité, de la vulnérabilité, mais aussi par exemple ce qui en est la contrepartie ou le complément, la résilience, l'exploitation des ressources, des potentialités, des capacités personnelles.

Au travers de ces évolutions, s'est imposée une nouvelle sémantique anthropologique qui a contribué par exemple à changer le sens, la portée des mots par rapport à ce qu'ils pouvaient signifier au 19^{ème} siècle. C'est le cas du concept de capacité. Si j'ai le temps, j'aborderai cette troisième strate sous un deuxième angle, celui des transformations des formes de rationalité. Dans la culture occidentale, nous sommes dans une culture qui se veut rationnelle mais il y a différents types de formes de rationalité et je pense que cela impose certaines formes de rationalité dans la manière de gérer l'action publique.

L' « État-réseau » analysé sous l'angle anthropologique

Je vais faire référence à Michel Foucault. Mais je ne vais pas me référer directement au Michel Foucault de la « gouvernementalité », ce n'est pas ça qui m'intéresse chez Michel Foucault. Ce sont plutôt ses premiers travaux. Il y explique qu'avec la modernité, disons aux 17^{ème} et 18^{ème} siècles, l'homme est né. C'est avec la modernité occidentale que l'homme est né. Évidemment, il sait qu'il y avait des hommes avant mais c'est une manière de considérer l'homme qui s'est imposée à ce moment-là. Il dit, pour le dire dans un vocabulaire compliqué, que l'homme apparaît à ce moment comme « doublet empirico-transcendantal ». Qu'est-ce que cela veut dire ? Cela fait référence à la philosophie de Kant, une philosophie dualiste. Par « empirico-transcendantal », Kant veut dire que l'on peut considérer l'homme d'un point de vue empirique, en expliquant ce qu'il fait par des causes, parce qu'il serait déterminé. Donc, le côté « empirique » de l'homme est qu'il est déterminé. Le point de vue « transcendantal », c'est que l'homme est libre. Donc, l'homme est à la fois libre et déterminé, libre ou déterminé. J'ai écrit un bouquin qui s'appelle « La grammaire de la responsabilité »³. L'idée, c'est que la manière de considérer l'humain a tendance à évoluer. À partir des 17-18^{èmes} siècles, on en vient à considérer l'humain principalement sous cet angle dualiste : libre ou déterminé. Avant, ce n'était pas comme cela. Il y avait d'autres types d'interprétation. Au Moyen-Age, par exemple, c'était le déterminisme astral, le péché originel, la « Providence », et si vous lisez les tragédies de l'Antiquité, c'était le destin. Il y a donc une manière de considérer l'humain qui est propre à notre modernité. Ce dualisme entre liberté et déterminisme, ce sont les coordonnées en fonction desquelles on saisit prioritairement l'humain depuis cette entrée dans la modernité. Ces coordonnées, cette tension que j'explicité ici entre liberté et déterminisme, se décline en fait au travers de nombreux autres couples d'opposés : autonome/hétéronome, capable/incapable, actif/passif, normal/pathologique, culture/nature, homme/femme, esprit/corps... Nous sommes des dualistes, nous les modernes. Je vais vous expliquer. Il y a une anthropologie de la modernité qui est cette anthropologie dualiste. C'est ce qui fait le succès de Bruno Latour qui dit « on n'a jamais été moderne ». Mais je pense qu'il est un moderne, et je pourrais vous montrer comment.

Ce qui m'a intéressé par rapport à cela, et ce que Foucault ne fait pas, c'est d'historiciser cette anthropologie dualiste. L'hypothèse que je fais, c'est qu'au 19^{ème} siècle et jusque dans les années 1960 du siècle dernier (dater, c'est toujours très compliqué et cela se passe lentement), l'interprétation de ce dualisme est majoritairement disjonctive. « Disjonctive », cela veut dire que l'on est l'un OU l'autre mais on n'est pas les deux en même temps. Il y a la nature et la culture, et ce sont des choses très différentes. On est fou ou normal. On est capable ou incapable. Cette anthropologie conduit à une séparation. D'un point de vue anthropologique, il y a une séparation des êtres. Il y a des « incapables » et des « capables », et la séparation est très nette. Si on est incapable, alors on n'a pas de droits. Les femmes n'avaient pas de droits, les ouvriers qui n'étaient pas autonomes parce qu'ils dépendaient d'un patron n'avaient pas de droits, les fous n'avaient pas de droits, et ainsi de suite.

³ GENARD J.-L., « La Grammaire de la responsabilité ». Paris, Cerf, 1999, coll. Humanités.

Le passage d'une anthropologie disjonctive à une anthropologie conjonctive

L'hypothèse que je fais, c'est que progressivement, suite à de multiples combats sociaux - le combat ouvrier, le combat féministe – nous serions passés d'une anthropologie disjonctive à une anthropologie conjonctive. Autrement dit, maintenant, on n'est pas l'un ou l'autre mais on est toujours l'un ET l'autre. C'est-à-dire que chacun se situe non pas d'un côté ou de l'autre mais sur un continuum anthropologique. Où qu'il soit, toujours fragile, toujours vulnérable mais aussi toujours potentiellement capable, toujours ayant des ressources pour s'en sortir. Chacun d'entre nous se trouve sur ce continuum, risquant de rencontrer un accident de la vie, un choc qui va peut-être le faire basculer davantage vers le côté « hétéronomie » donc le mauvais côté, mais toujours ayant des ressources pour s'en sortir. Je crois que dans les années 1950-60-70, on assiste de ce point de vue à un retournement culturel dont il y a des symptômes qu'on peut analyser. Par exemple, une École de pensée américaine, Esalen, va développer, dans les années 1960, l'hypothèse selon laquelle tout le monde a un énorme potentiel mais ce potentiel, tout le monde ne peut pas l'exprimer. Il y a donc une dimension à la fois psychologique et une dimension fortement politique. Nous ne pouvons sortir qu'une partie infime de notre potentiel. Au niveau plus politique, ce sont les mouvements féministes et les mouvements antiségrégationnistes américains qui vont développer ce concept devenu bateau aujourd'hui : l'« empowerment ». C'est l'idée que, de nouveau, l'oppression sociale ne permet pas aux gens de développer ce que maintenant, en français, on appelle « pouvoir d'agir ». Les gens ont des potentiels mais les situations de discrimination à l'égard des femmes, des noirs, etc. ne leur permettent pas de les développer. Les politiques publiques, l'Etat, a une responsabilité d'empowerment, c'est-à-dire celle d'augmenter leur « power » (pouvoir).

Cette évolution des coordonnées anthropologiques va avoir de nombreux effets. À partir des années 1950-60, on va voir apparaître une série de symptômes de cette transformation anthropologique. Dans ces années-là, Robert Castel publie un bouquin où il évoque ce qui est en train de se passer aux Etats-Unis, ce qu'il appelle à ce moment-là les « thérapies pour normaux », transgressant l'opposition entre normal et pathologique. C'est dans les années 1950 que commencent à exploser les maladies psycho-somatiques, transgressant l'opposition du corps et de l'esprit. C'est dans les années 1970-80 qu'on va être de plus en plus convaincu qu'il y a de la culture chez les animaux – là c'est l'opposition culture-nature. On pourrait encore évoquer l'allègement du dualisme homme-femme... Donc le dualisme disjonctif de la première modernité est en train d'éclater et de céder la place à un dualisme conjonctif.

Au niveau de la santé mentale, on va sortir de cette logique disjonctive, où pour traiter des fous, il y a des asiles, et puis il y a les normaux qui vaquent à leurs occupations. On va assister à des critiques menées notamment par Foucault, Goffman, par le mouvement antipsychiatrique, Basaglia... Il s'agit là d'une critique de l'institution psychiatrique et au niveau des dispositifs en matière de santé mentale, on va voir se développer l'ambulatoire. On ne va plus traiter les fous aux extrêmes mais on va les traiter sur le continuum dans l'entre-deux. Quand on a fait ce travail dont je parlais tout à l'heure avec Jean De Munck et Didier Vrancken, une des choses qui nous étaient rapportées, et je pense plus à Bruxelles qu'en Wallonie à l'époque, c'est qu'il manquait désormais d'institutions aux extrêmes.

L'ambulatoire s'était développé mais les pathologies les plus lourdes et les plus chroniques avaient finalement des difficultés à être encadrées. Donc, ce n'est pas seulement un tournant culturel, c'est aussi quelque chose qui se marque profondément au niveau des politiques publiques. Au niveau de l'État social, on va avoir dans ce contexte-là une transformation extrêmement profonde : au modèle de l'« ayant-droit inconditionnel » propre à la politique de l'État social et de l'État-Providence, va se substituer - pas totalement car les deux sont toujours en interaction - un modèle de la prestation conditionnée. Cette conditionnalisation est dépendante de la responsabilisation, de la capacitation, de l'activation. Donc « fragile », « vulnérable » mais toujours potentiellement doté de ressources, de résilience. S'il se fait que les ressources manquent ou ne sont pas mobilisées, alors vont se développer des dispositifs pour obliger ces ressources à grandir et à pouvoir être mobilisées.

Le développement des programmes « d'accompagnement »

Dans ce contexte, où chacun se trouve quelque part sur ce continuum anthropologique, on va voir massivement surgir dans les politiques publiques le vocabulaire de l'accompagnement, plus récemment du « coaching » - un mot un peu plus noble pour ceux qui sont dotés en ressources. Plutôt que de donner des ressources, d'offrir des ressources comme le faisait l'Etat social classique, on va maintenant offrir de l'accompagnement, du suivi, de la formation... C'est très caractéristique du programme du gouvernement Macron, il y a davantage de conditionnalisation de l'accès aux ressources mais aussi davantage de formation. On va aussi se mettre à évaluer les acteurs de manière différente en fonction de cette idée de responsabilisation. Quand on se demande si quelqu'un est responsable de quelque chose, on se pose des questions de ce type-ci : est-ce qu'il devait faire ça ou autre chose ? Est-ce qu'il voulait vraiment faire ce qu'il a fait ? Est-ce qu'il savait ce qu'il faisait ? Est-ce qu'il pouvait faire autrement ? Donc « devoir/vouloir/savoir/pouvoir ».

Dans les années 1960-70, la question du devoir, donc la moralisation, perd un peu de son importance. Lipovetsky a écrit un bouquin dans les années 1990 « le crépuscule du devoir »⁴. Je pense qu'on va voir dans l'évaluation des personnes s'accroître la référence aux trois autres mots « vouloir/savoir/pouvoir ». Dans les études que j'ai accompagnées sur les C.P.A.S, c'était très intéressant de voir comment les personnes accompagnées étaient évaluées pour les orienter, notamment vers les « article 60 » etc. Il y avait d'un côté le pôle « motivation » donc le vouloir - est-ce qu'ils veulent s'en sortir ? - et de l'autre le pôle « capacité/compétence » - est-ce qu'ils savent des choses ? Il y avait donc les « bons » fragiles qui étaient « plus / plus » c'est-à-dire qui étaient motivés et qui avaient des compétences, il y avait les « plus / moins » et les « moins / plus » c'est-à-dire les volontaires mais qui n'avaient pas suffisamment de compétences et de capacités donc il fallait les envoyer vers des dispositifs de capacitation, ou qui avaient des compétences mais qu'il fallait envoyer vers des dispositifs d'accroissement de la motivation pour se reprendre psychologiquement en main, et les faire participer à du théâtre-action par exemple plutôt qu'à des formations en

⁴ LIPOVETSKI G., (1992), « Le Crépuscule du devoir. L'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques ». Paris, Gallimard, coll. NRF Essais.

informatique. Puis, il y avait les « moins / moins ». Il y a ainsi une lecture anthropologique qui s'impose et qui s'immisce dans la manière d'évaluer les gens, avec une multiplication des dispositifs pour les orienter.

Vers une logique de « conditionnalisation » de l'aide

Evidemment, je dis ça de manière critique mais en même temps ces politiques ont leur intérêt : il y a des gens qui en ont bénéficié et qui s'en sont sortis. Donc je ne suis pas en train de faire une critique absolue de cela. Ce sont évidemment les « moins / moins » qui posent les plus lourds problèmes. Il y a de multiples symptômes de ce tournant vers le conjonctif plutôt que le disjonctif. Je vous renvoie à un très bel article d'Alain Ehrenberg⁵ qui traite frontalement de ce que, dans mes termes, je situe ici en actif/passif. Il montre que les pathologies liées à l'activité, que cela soit l'hyper-activité ou l'hypo-activité, ne cessent de monter et que la pharmacologie liée à l'hyper-activité ou l'hypo-activité ne cesse de s'amplifier par rapport à d'autres stratégies pharmacologiques. Au niveau des diagnostics par exemple, cela va dans le sens « vulnérabilité/résilience ». Le stress post-traumatique notamment, qui était réservé aux militaires qui avaient vécu des traumatismes dans des guerres très lourdes, a pris une importance tout à fait considérable.

Donc, cette transformation anthropologique a entraîné toute une série de modifications des dispositifs. En particulier, ces « moins / moins » qui sont les perdants radicaux de cette évolution des politiques sociales. Ces gens qui n'en peuvent plus, qui n'en veulent pas. Qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qui se passe avec eux, c'est-à-dire avec ceux qui sont tout au bout du continuum et qui ne rentrent pas dans cette logique de la responsabilisation, de l'activation, de l'empowerment. Ils tombent dans la logique de la conditionnalisation et ils ne remplissent plus les conditions. Mon hypothèse, c'est qu'il se crée une sorte de segmentation des politiques sociales. Je ne vais pas dire qu'en régime d'Etat social il n'y avait pas du tout de segmentation mais il me semble que les formes de segmentation et l'intensité de la segmentation ne cessent de s'accroître. Il demeure toujours aujourd'hui de l'Etat social classique, donc inconditionnel, mais il est grignoté progressivement par les logiques de conditionnalisation. On assiste de plus en plus à des processus où des gens qui étaient dans les logiques de l'Etat social classique se trouvent exclus et renvoyés vers des politiques d'insertion, d'où exclusion des chômeurs et ainsi de suite. Par rapport à ma grille de lecture, ce qui est le plus caractéristique, c'est qu'à côté de ces secteurs qui peuvent être liés - avec des nuances - aux logiques de l'Etat social classique, se développe un nouveau secteur qui est le secteur de l'humanitaire.

Le développement de l'humanitaire

L'humanitaire, au départ, c'était plutôt une sémantique pour définir ce qui se passait dans les pays les plus pauvres. Progressivement, cette référence à l'humanitaire a pénétré les pays développés et est de plus en plus assumée par les acteurs du travail de terrain dans les pays

⁵ EHRENBURG, A., (1998), La fatigue d'être soi : dépression et société, Odile Jacob, Paris.

développés. J'ai eu l'occasion de travailler autour d'une étude sur les Restos du cœur, ici, en Belgique. Une des choses qui m'a frappé, c'est la revendication par beaucoup d'acteurs des Restos du cœur de cette sémantique de l'humanitaire : « nous faisons de l'humanitaire ». Une deuxième chose qui m'a frappé, c'est la mise en place d'interactions entre ce secteur de l'humanitaire, ici, en l'occurrence les Restos du cœur, et les dispositifs plus classiques de l'Etat social, avec des CPAS qui créent eux-mêmes des Restos du cœur, et ainsi de suite. L'hypothèse, c'est qu'au travers de ces transformations anthropologiques, sémantiques, se développe en parallèle une transformation des configurations de l'aide sociale en général avec cette logique de segmentation de l'Etat social classique pour ceux qui veulent s'en sortir. Et il faut s'en sortir en peu de temps ! Une logique d'insertion avec une pression à se reprendre en main, à développer sa résilience. Le secteur de l'humanitaire devient de plus en plus important au fur-et-à-mesure que les gens régressent depuis les logiques d'Etat social classique vers les logiques d'insertion et puis vers l'humanitaire.

Repenser l'idée d'autonomie ?

Comme il ne me reste plus beaucoup de temps, ce sur quoi je voudrais attirer votre attention par rapport à la reconfiguration de l'aide sociale, c'est qu'on a toujours pensé dans notre culture que s'émanciper, c'était bien. Et que s'émanciper, c'était devenir de plus en plus autonome. L'autonomie s'est donc imposée de manière inconditionnelle comme un bien que chacun devait chercher à atteindre et que la société, notamment l'État social, devait promouvoir. Ce qui est intéressant au niveau des analyses de ces dispositifs, c'est que se pose la question de savoir si l'autonomie - ou l'horizon de l'autonomie - n'est pas aussi potentiellement oppressive. Et si nous ne devons pas repenser ce que veut dire s'émanciper ? J'ai été membre du jury de thèses qui analysaient frontalement cette question-là : à quel point l'exigence d'autonomie se transformait en pression, conduisant ceux qui étaient victimes de cette pression à l'autonomie à verser dans des pathologies dont, par exemple aujourd'hui, l'efflorescence du burn-out. Il faut être participatif. Mais la participation entraîne des pressions sur les individus. Il faut s'exprimer dans des arènes participatives, et les gens n'en ont parfois franchement rien à foutre. J'ai eu l'occasion de diriger la très belle thèse de Julien Charles⁶ où il étudiait différents dispositifs qui fonctionnaient à l'exigence d'autonomisation. Je vais en prendre ici un exemple exotique. Il s'agissait d'un dispositif à Los Angeles, où les gens étaient invités à réparer eux-mêmes leur vélo. Ils pouvaient être accompagnés parce que tout le monde n'est pas d'emblée spécialiste de la réparation des vélos. Les gens n'en avaient rien à foutre, ils ne savaient pas réparer leur dérailleur, ils auraient préféré que l'accompagnateur répare le dérailleur ! Il y a donc une illusion et des éléments potentiellement oppressifs dans cette exigence d'autonomisation. C'est pourquoi, au niveau des idéaux politiques, donc de la pensée critique, ça s'est également dualisé. Évidemment, il y a toujours cet horizon « autonomisation-émancipation » et sous cette figure de l'émancipation par l'autonomie, c'est une certaine figure de la responsabilité. C'est la responsabilité « JE », c'est la responsabilité à la première personne. Se prendre en main soi-

⁶ Voir notamment : CHARLES J., « La participation en actes. Entreprise, ville, association », Desclée de Brouwer, coll. « Solidarité et société », 2016, 168 p., ISBN : 9782220077611

même, mais à force d'insister sur cette responsabilité « JE », sur ce modèle de l'individu qui se doit d'être autonome, de se prendre en charge lui-même, ce qu'on a oublié ce sont les autres formes de la responsabilité - oubliées ou en tout cas minimisées. Il s'agit notamment de la responsabilité « tu ». Celle que décrit Lévinas⁷, c'est « le visage de l'autre ». Cela nous oblige aussi à une autre responsabilité mais ce n'est pas le même genre de responsabilité. C'est aussi la responsabilité « nous », c'est-à-dire la responsabilité du collectif qui était à la base de l'Etat social qui avait contribué à collectiviser, au travers de systèmes assuranciers, des responsabilités jusque là considérées comme individuelles.

Vers une responsabilité collective de la vulnérabilité

Aujourd'hui, si l'on regarde l'horizon de la pensée critique, on voit bien que d'un côté s'impose ce modèle de la libération par l'autonomie et de l'autre pointe de plus en plus la question du « care ». C'est-à-dire ne plus penser ce que c'est qu'être un humain sous le seul horizon de son autonomisation, mais se rapporter aux humains non plus seulement sous l'angle de la grammaire libérale « je » mais aussi du « tu » et du « nous ». C'est très intéressant de voir que la pensée du « care » qui était au départ limitée à l'attention à certains groupes sociaux a maintenant une prétention totalisante. L'ouvrage de Joan Tronto⁸ qui est le plus significatif à cet égard, nous invite à penser à la fragilité, la vulnérabilité, non plus seulement par rapport aux personnes les plus démunies mais à considérer que la vulnérabilité est une caractéristique qui transcende en quelque sorte les différences sociales. La vulnérabilité est constitutive en quelque sorte de l'humain, ce qui va évidemment dans le sens d'un passage d'une logique disjonctive vers une logique conjonctive c'est-à-dire que tout le monde est vulnérable. L'implication politique et sociale, c'est de développer d'autres politiques, d'autres attitudes par rapport à cela. Des attitudes qui ne soient pas fondées essentiellement sur la logique libérale, sur la grammaire libérale de l'horizon de la responsabilité « je » mais d'articuler cela à une restauration d'une responsabilité « tu » et une responsabilité « nous ».

Échanges

Questions/Réflexions :

- *Je voudrais juste dire que je suis vraiment très contente d'entendre qu'on termine par « nous sommes tous vulnérables », c'est une partie intrinsèque de l'homme.*
- *Moi aussi, justement je rebondis là-dessus...J'apprécie énormément le fait de passer à une conception où l'on est tous vulnérables et je suis touchée aussi par le concept du « care ». Je sais bien qu'on va développer des pistes, des questionnements tout au long de la journée mais je me demandais, à votre sens, quelle serait justement une piste que vous pourriez proposer aux professionnels, pour les inviter à mettre plus ce « care » dans leurs pratiques au quotidien, surtout quand les professionnels sont du secteur social et pas du secteur des soins à la base...*

⁷ LEVINAS E., « Totalité et Infini : essai sur l'extériorité ». Paris, Le Livre de Poche, 1991 (1re éd. 1961)

⁸ TRONTO J., « Un monde vulnérable. Pour une politique du care ». Paris, La Découverte, 2009 [1993]

J.-L. Genard

Je ne suis pas la bonne personne pour répondre à ces questions d'implémentation des politiques mais j'aurais quand même envie d'y répondre. Et d'y répondre ceci : est-ce que le « care » est susceptible d'une institutionnalisation et comment ? Je vais parler anthropologie et puis, éventuellement, des formes de rationalisation. Vous connaissez ces formes de rationalisation, ce sont les logiques computationnelles du DSM IV ou V (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), ces logiques de fonctionnement par indicateur et évaluation. Il y a une certaine forme de rationalité qui est là derrière et qui est en phase avec ces logiques d'autonomisation, de responsabilisation, etc. Je pense que la logique du « care » ne s'adapte pas exactement à ça. La logique de type « indicateur computationnel » s'est immiscée absolument partout. Par exemple, le DSM IV, mais par exemple aussi l'évaluation de l'efficacité des traitements, de l'efficacité des institutions, pourquoi les thérapies analytiques sont en train de chuter par rapport aux thérapies comportementalistes, etc. C'est pour ces raisons-là aussi. L'opposition que j'ai faite ici à partir de Foucault – c'est-à-dire le concept d' « empirico-transcendantal », je ne vais pas faire un cours de sociologie ici mais c'est aussi au niveau non pas anthropologique mais épistémologique - c'est l'opposition entre « expliquer par des causes » et « comprendre par le sens ». Dans l'histoire de la sociologie, il y a une querelle qui est née à partir de Kant dès la deuxième moitié du 19^{ème} siècle entre expliquer et comprendre. Je crois qu'aujourd'hui l'épistémologie explicative grignote des espaces qui étaient occupés par l'épistémologie herméneutique ou compréhensive. C'est la montée des neurosciences, vous connaissez ça mieux que moi... Je pense que la logique du « care » s'adapte mal à ce type d'épistémologie. Comment institutionnaliser le « care » ? Le « care » est-il institutionnalisable ? Il y a un bel article de Luca Pattaroni⁹ sur cette question-là et évidemment le « care » n'est pas institutionnalisable selon la logique des indicateurs et selon la logique des référentiels de compétences. Maintenant, dans les institutions de soins par exemple, on sait qu'il faut faire du « care » et donc les infirmières, elles ont autant de temps pour faire du « care ». Il y a un obstacle théorique, un obstacle épistémologique à ce que cette logique de la responsabilité « tu », en référence au « visage de Lévinas », puisse trouver une place et elle en trouve de moins en moins précisément parce qu'on est dans des logiques d'efficacité, d'indicateurs, etc,... Donc, qu'est-ce qu'il faut faire ? Le combat est rude parce que c'est toute une culture contre laquelle il faut se battre et une culture qui est hyper envahissante. Je me souviens, il y a peut-être 15 ans, j'étais dans un comité d'éthique d'un centre de santé mentale qui recevait des documents disant qu'il fallait maintenant se mettre dans des logiques d'évaluation et d'indicateurs. Comment fait-on ? Le travail doit s'ajuster à ça et en s'ajustant à ça, ça produit de la fragilité, des « laissés pour compte », ça interdit certaines attitudes mais il ne faut pas se décourager ...

⁹ Pattaroni L., « Le Care est-il institutionnalisable ? Quand la politique du care émousse son éthique ». In : Raisons Pratiques, n° 16, 2006 (numéro spécial « Le souci des autres : éthique et politique du care », édité par Patricia Paperman et Sandra Laugier).

« De l'errance au droit de cité »¹⁰

Olivier DOUVILLE, Psychologue clinicien, Psychanalyste,
Membre de l'Association Française des Anthropologues

Olivier Douville, psychologue clinicien et psychanalyste français, est doté d'une formation solide en anthropologie. Il est Maître de conférences en psychologie à l'Université Paris-Ouest Nanterre.

Il dirige la revue « Psychologie Clinique ». Il s'intéresse à de nombreuses thématiques telles que la psychose, l'exclusion et l'errance dont nous allons notamment parler aujourd'hui mais aussi l'adolescence et les victimes de guerre. Il a écrit et contribué à de nombreux ouvrages tels que « Les cliniques psychanalytiques de l'exclusion », Paris, Dunod (2012) ; « Figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique », Paris, Dunod, (2014) ; « Guerres et Traumas », Paris, Dunod, 2016.

Nous l'avons invité pour qu'il nous aide à mieux comprendre et à mieux nous situer dans la lecture de ces situations d'exclusion et d'errance.

Mon intervention s'appuiera aussi sur mon expérience de clinicien. Je travaille à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard dans le département 93, où je m'associe au travail d'une équipe « psychiatrie-précarité » avec des équipes mobiles. J'ai également travaillé avec le SAMU social de Paris et la maraude « psy ». Cela m'a fait rencontrer beaucoup de gens en grande souffrance psychique parfois en « folie » - ce terme extrêmement équivoque - qui vivaient à la rue. De même, j'ai rencontré dans le cadre de mon travail avec le SAMU social des adolescents en errance, fuyant des conditions sociales, familiales voir politiques, des adolescents sous les guerres, en Afrique... Voilà pour préciser le travail que je fais, bien sûr dans des équipes, avec ce qu'on appelle des « laissés pour compte ».

La clinique et le politique au cœur du métier de soignant

Assez souvent, on parle d' « exclus ». On ne sait pas trop ce que veut dire « exclus ». « Exclus » du travail, « exclus » de la famille, « exclus » du soin. Le terme « laissés pour compte » suppose un individu qui ne peut pas être comptabilisé dans les procédures d'évaluation, dans les procédures de soin. Ça veut dire « pas pris en compte », « pas comptabilisé ». Ça nous pousse aussi à inventer des dispositifs en dehors de cette espèce de silence que crée l'anonymat des murs des asiles. L'invention, pas la création - ce n'est pas fulgurant -, c'est ce que nous défendons dans les dispositifs qui consistent à créer des lieux d'accueil, de parole, des mouvements « d'aller vers... ». L'invention fait se croiser inmanquablement ce qui au demeurant n'est qu'artificiellement disjoint, la clinique et le politique. Il ne s'agit pas seulement, quoique cela soit une ambition considérable, pour les « laissés pour compte »

¹⁰ Texte rédigé par le CRéSaM à partir de l'enregistrement de la séance. Relecture en cours par l'auteur. Mise à jour prévue pour novembre 2018.

d'avoir un « droit de cité » sans leur demander des performances, correspondant par exemple à un *éthos* de forcené, ou comme vous l'avez dit de la « responsabilité ». C'est aussi nos actions de terrain, nos dispositifs, notre position soignante, notre position accompagnante, pas simplement notre compétence mais notre désir qui doit avoir « droit de cité ». Il ne s'agit pas simplement de s'occuper des « pauvres exclus » parce que si cela se passe comme ça, avec de la pitié et de la compassion, il faut tout de suite changer de métier. On peut être gardien de cimetière par exemple... Mais il est important que nos propres actions aient un droit de cité. Ces mots-là peuvent nous sembler abstraits, fonctionner comme des slogans dont nous avons besoin pour manifester, faire des manifestes ou se promener derrière des banderoles... mais nous ne pouvons pas, dans notre travail quotidien, nous contenter de slogans.

L'« habiter » et l'accès aux soins

La première question que je soulève est peut-être extrêmement simple à dire mais extrêmement complexe à creuser, à travailler. La question de « l'habiter ». Qu'est-ce que ça veut dire « habiter » puisque nous savons bien que plus un sujet se trouve mis hors circuit, plus il a un nom qui n'en est pas un : « SDF ». C'est un sigle pour « Sans Domicile Fixe ». La question de l'« habiter » a pu être traitée de façon expéditive, beaucoup trop expéditive. On en arrive pour soigner à ce que les logiques d'accueil et les logiques de soin se regroupent avec l'idée qu'il faudrait généraliser le modèle de l'hôpital.

Alors premier point : l'accès aux soins. Il est temps d'en finir avec l'idée que l'accès aux soins, serait d'aller prendre les grands exclus, les clochards délirants, les adolescents au bout du rouleau, les vieux enfermés dans leur appartement ..., d'aller les prendre puis de les mettre dans un lieu protégé comme l'hôpital. Ça ne marche pas. L'autre idée fautive serait de dire qu'on va créer des maisons, le « Housing First » par exemple, pour mettre ces sujets dans des maisons. Ça ne marche pas non plus et il y a même des personnes qui préfèrent se laisser dépérir plutôt que d'être hébergées de force. Donc, nous avons à réfléchir à ce qu'est une politique d'accès aux soins. Et nous ne pouvons pas réfléchir à ce qu'est une politique d'accès aux soins si nous ne réfléchissons pas non seulement à l'accueil mais au lieu. Dans quel lieu pouvons-nous être efficaces ? Voici mon point de vue.

Les jeunes errants

Peut-être vais-je commencer par cela, les adolescents en errance. Les adolescents en errance, nous ne les rencontrons pas dans leur errance. Certains prennent des grandes voies, je ne sais pas si c'est la même chose en Belgique mais toujours est-il qu'en France, il y a des cheminements d'errance très particuliers. Un des grands axes est, par exemple, Saint-Nazaire-Paris. Or, il se trouve que c'est un axe qui coïncide avec l'histoire des déperditions des énergies et des forces économiques, c'est-à-dire que les lieux de démarrage de l'errance sont souvent des lieux qui avaient connu une certaine prospérité, de la richesse produite mais aussi de la culture du travail. Ce sont généralement des lieux où la culture ouvrière n'a plus fonctionné comme un mécanisme d'affiliation idéologique, au sens noble du terme, à des modes et à des valeurs. Ce sont ces lieux de paupérisation, où généralement les gens sont tentés de voter pour l'extrême droite, qui sont les principaux points d'où partent des jeunes errants. D'autre part, ces jeunes errants, que nous ne rencontrons pas dans leur errance, nous les rencontrons

là où ils ont arrêté leur errance, par exemple au pied d'usines désaffectées en ruine, dans des lieux qui ne sont pas complètement anonymes.

Quelqu'un pour qui j'ai un respect immense est Marc Abélès¹¹, un anthropologue qui, comme beaucoup d'anthropologues, a eu un terrain lointain et un terrain proche (aujourd'hui, il est faux de penser qu'il y a des anthropologues spécialistes des peuples lointains ; une idée beaucoup plus fantasmée que réelle). Il a travaillé sur des territoires lointains et a été le premier anthropologue du Parlement européen. De son côté, Marc Augé¹² qui connaît formidablement bien certains coins de la Côte d'Ivoire, nous fait des travaux remarquables sur le métro, sur les châteaux et sur les non-lieux. Il n'empêche, ce ne sont pas des non-lieux d'où partent les errants mais ce ne sont pas non plus des non-lieux d'où ils s'arrêtent. Mais au bout d'un moment, comme par un effet de ricochet fatal, ils recommencent, ils redoublent leur errance par une pérégrination qui ne les mène strictement nulle part. Donc le schéma est assez simple : ils quittent un lieu qui est marqué par une ruine symbolique du vivre-ensemble, c'est-à-dire marqué par une ruine symbolique de tout ce qui permet aux gens qui habitent là de se sentir acteurs de l'histoire parce qu'il ne suffit pas de se sentir acteur du présent si on a été volé de l'histoire. Ils quittent ces lieux, ils s'arrêtent devant des lieux peut-être encore chargés de l'opacité d'un mystère dont plus personne ne parle, et puis dans un deuxième temps, on va les retrouver dans les non-lieux décrits par Marc Augé : les bretelles d'autoroute, les halls d'aéroport, les gares etc. Quand on rencontre ces sujets, on a des sujets qui, je pense là à ce que disait Gilles Deleuze¹³, sont épuisés. Mais ils ne sont pas seulement épuisés de fatigue. Ils sont bien sûr fatigués, ils se nourrissent mal, ils prennent des produits toxiques, généralement de la colle, des solvants que ce soit à Neuilly-sur-Marne la petite banlieue ou à Montreuil l'autre moyenne banlieue qui sont sectorisées dans mon service de psychiatrie. Mais que ce soit également à Bamako, à Pointe-Noire ou à Kinshasa, là où j'ai travaillé - là où un ami anthropologue belge Jaques Le Roy a merveilleusement travaillé pour Kinshasa - ils prennent des produits qui abolissent en eux le contraste c'est-à-dire la sensation de sommeil, la sensation d'éveil, la sensation de faim, la sensation de soif. De même, vont-ils fuir - et c'est du même mouvement - dans une espèce de glissement graduel où ils refuseront qu'il soit fatal. De même vont-ils investir des lieux qui ne sont pas caressés par l'alternance du jour et de la nuit. C'est toujours affolant pour moi de savoir qu'un jeune préfère dormir dehors ; au fond, sa vie est rythmée par « ces deux sœurs qui s'engendrent l'une l'autre », comme disait Euripide « le jour et la nuit », mais leur vie prend la couleur uniforme des lumières artificielles sans quoi que ce soit d'une brisure qui annonce à chaque fois l'éclosion de l'encoche régulière du temps qui se fait jour. Dans le même temps, ces sujets perdent les usages élémentaires du corps, ce que l'on pourrait appeler la pudeur.

Alors comment les rencontrons-nous ? Nous les rencontrons parce qu'ils nous sont signalés, et rarement par les services sociaux. Ce n'est pas un reproche mais c'est tout de même un constat. Rarement par les services sociaux ..., alors, qui nous les signale ? Et bien d'autres errants, d'autres jeunes qui eux se posent et parfois s'agglutinent dans des lieux où les traces de l'humain circulent peut-être dans l'indifférence que les humains se portent les uns aux

¹¹ ABÉLÈS, M., « La vie quotidienne au Parlement Européen ». Paris, Hachette, 1992

¹² AUGÉ, M., « Non-Lieux, Introduction à une anthropologie de la surmodernité ». Paris, Seuil, 1992

¹³ Gilles Deleuze (1925-1975) est un philosophe français.

autres ; des lieux où l'on est trop pressé pour formuler les premiers mots non seulement de bonjour et d'accueil mais peut-être de surprise ; des lieux où l'on est trop pressé, où l'on perd en quelque sorte une espèce de vision mentale de la détresse de l'autre ; des lieux où l'humain passe, trop pressé pour aller chercher sa bagnole, pour prendre le train ou pour jeter dans la fente d'une boîte aux lettres quelque courrier qui lui importe. Et cela, c'est important car ces errants qui sont dans ces lieux-là, ils ne sont pas dans la pire des errances. Ils restent souvent avec des objets partenaires, la drogue considérée comme un partenaire fiable, médicalement à tort bien-sûr, mais au moins ça ne trompe pas, ça donne toujours les mêmes effets. Puis un jour ça trompe, ça n'anesthésie plus, ça n'exalte plus, ça ne fait pas basculer, non pas dans un rêve parce que beaucoup ne prennent pas des drogues pour rêver, ils prennent des drogues pour s'empêcher de rêver, c'est-à-dire pour faire de leur nuit une atonie totale dépourvue d'onirisme. Et ça ne marche pas, et c'est à ce moment-là qu'ils vont aller se réfugier dans un non-lieu. Ils sont encore pris dans l'idée qu'il est important d'être là où le pas humain fait résonance même si la présence humaine se fait de pure *fuyance*. Et bien ceux-là, oui, ils peuvent avoir des partenaires. Un chien le plus souvent, et regardons comment ils parlent de leur chien.

Le punk « à la crête d'Iroquois »

J'étais, il y a longtemps de cela mais cela me reste comme si c'était hier soir, à Rennes, en Bretagne, en France. On avait un programme avec le professeur Villerbu et la municipalité de Rennes. Il y avait Place de la République - ce n'est pas rien « Place de la République » - aux abords de La Poste, un punk. Je cite souvent cette anecdote mais vous verrez elle est flagrante. C'était un punk dévergondé, impressionnant - ils peuvent être très impressionnants - une crête d'Iroquois façon « Taxi Driver » avec une main qui puait tellement elle était abimée par une blessure qu'il laisse se développer au point de corrompre son corps avec un risque de gangrène. Il fallait l'hospitaliser et nous l'aurions fait de toute façon par une contention parce que, sinon, c'était de la non-assistance à personne en danger. Mais tout de même, à côté de lui, son chien, extrêmement propre, une propreté impeccable, bichonné comme pas possible, c'était un rottweiler, il était foutu pour le concours canin mais il était d'une propreté impeccable. Que fallait-il faire ? Dire à ce grand dadet négligé, sans doute ayant pissé sur lui à plus d'une reprise, qu'il se trompait et qu'il faisait une erreur cognitive, et lui demander pourquoi il soignait son chien alors qu'il ne se soignait pas ? Vous imaginez très bien ce qui se serait passé, il nous aurait plantés là, en nous insultant. Alors je parle du chien, je lui demande comment va son chien... et j'entends toutes les conneries d'usage : « *vous savez, les chiens, c'est bien, c'est meilleur que les humains* ». Je continue : « *Ah oui, c'est bien, votre chien vous aime bien, vous l'aimez bien, vous en prenez soin* ». Et il me dit cette chose extrêmement sidérante : « *J'entends mon chien, il est sympa parce qu'il rêve de moi* ». Ça, je vous assure, c'est assez original. Aussitôt, dans une espèce d'impatience infantile, notre stagiaire annonce : « *voilà un beau cas de psychose* ». J'ai beau secouer le D.S.M. - ça a au moins une vertu, ça fait des muscles c'est épais - ou mes traités de psycho-pathologies, je n'ai jamais entendu parler de folie à deux avec un rottweiler. C'est peut-être parce que les psychiatres ne fréquentent pas assez les salons canins, je ne sais pas. Ce que je sais en revanche, c'est que, dans ces cas-là - et n'oubliez pas que c'est quelqu'un qui n'est pas au pire de l'errance - un sujet... - et il n'est pas plus fou que moi- ... peut tout à fait déléguer ce que Freud appelait sa libido (non

pas l'énergie vitale mais le désir de l'énergie vitale), sa psyché à un poids extérieur qui se trouve être l'animal. Et il peut montrer non sans fierté qu'il prend soin de cette vie extérieure à laquelle il confie, sans délire, le soin de rêver à sa place. Evidemment, il ne nous a jamais raconté que le chien lui racontait ses rêves ni qu'il mettait son chien sur un divan pour tousoter ou entre deux sursauts servir d'interprétation géniale qui fait bouger la structure. De sorte qu'avec un tout petit peu de bon sens, il me suffisait de dire que c'était formidable, qu'il est un type très bien, qu'il assure très bien la responsabilité qu'il s'est donnée de s'occuper de son chien mais que si on laisse sa main dans cet état, il ne pourra plus s'occuper de son chien. Trois minutes après, le type montait dans la voiture et se faisait soigner à l'hôpital. Nous avons donc un certain nombre d'errants qui placent leur dignité non dans le fait de prendre soin d'eux-mêmes mais de prendre soin d'une autre vie à côté d'eux-mêmes. Une autre vie..., et c'est ceux-là même qui vont nous dire « *vous savez, y'en a pour qui on peut plus rien* ». Ils sont sur une bouche d'égout, ils sont là dans le métro, ils sont là dans l'aéroport...

À la rencontre des personnes qui désespèrent de la présence humaine

Lorsque nous allons rencontrer ces personnes, ne les appelons pas des personnes « désocialisées » mais celles qui désespèrent de la présence humaine, on n'est pas dans une mélancolie qui sombrerait dans une dépression mais plutôt dans une angoisse taciturne, morose, tous les jours recomposée comme une éternité sans durée... Lorsque nous allons les voir, et bien nous ne sommes pas bien accueillis. « *Qu'est-ce que vous nous voulez ?* » La question est non seulement inévitable mais elle est indispensable. « *Qu'est-ce qu'on veut ?* » Pourquoi voulons-nous qu'ils fassent partie de ce que l'on appelle notre communauté humaine ? Pourquoi voulons-nous faire partie de ce qui en eux ne s'est pas complètement désabonné de la communauté humaine ? C'est une bonne question ! On ne saurait pas y répondre par des slogans, on ne saurait dire « tout simplement parce qu'on est des gens bien », ou parce qu'on veut veiller au bien social. Nul doute, nous sommes des gens bien, nul doute on veut veiller au bien social, ça nous donne notre petite originalité dans les temps que nous vivons où les faiseurs de bien sont rigoureusement attaqués par les politiques les plus haineuses qui soient, qui se font entendre et qui séduisent. Mais il est vrai aussi, et c'est sans doute plus à l'intérieur de nous-mêmes - si je peux me permettre d'utiliser cette métaphore de l'intérieur - que nous-mêmes nous avons besoin d'être hébergés, que nous-mêmes nous avons besoin d'être accueillis. Nous n'avons pas tout simplement besoin de leur prêter assistance, mais nous avons besoin d'être reconnus comme faisant partie de la communauté humaine par ces sujets qui semblent les plus offrants, les plus dans l'abandon de l'espoir qu'il puisse y avoir un autre humain.

Quand nous les rencontrons, on se fait un peu « engueuler »... Y a pas du tout à répondre en miroir : « *vous ne voulez pas que je vous aide, je vous laisse alors dans votre coin* » mais « *vous avez raison de ne pas être content que je sois là puisque je viens pour, peut-être, rompre un certain usage que vous avez de votre corps, de votre espace !* » Mais cet usage, encore faudrait-il le comprendre. Moi, il m'arrive de dire : « *vous savez, je ne céderai pas à mon désir de venir là où vous êtes parce qu'il peut se passer quelque chose d'important pour vous et pour moi* ». Et ça alors, évidemment vous êtes attendu au tournant et surtout par les ados... Vous

dites « *je reviendrai demain* ». Et le lendemain, il n'est pas là. Qu'est-ce que c'est que cette blague ? Évidemment qu'il est là mais il est un petit peu comme dans les jeux d'enfant où vous aviez des images et où vous deviez trouver où est passé Bécassine ou Mabrouk... Il est un petit peu planqué dans le paysage, il ne s'agit pas d'aller le chercher, il s'agit de montrer qu'on est là quitte à se donner l'impression effarante de parler au mur. Il s'agit de dire « *je serai là demain à telle heure* ». Et demain, à telle heure, il est là. Tiens, quelqu'un qui est engagé par sa parole ? C'est important ! Et là, il faut comprendre que le lieu où ces errants se sont échoués comme par ricochet, ayant dans un premier temps quitté leur domicile, puis dans un second temps quitté ces endroits où s'affairent des hommes et des besognes urgentes, et bien il faut comprendre quelle est la relation que ces personnes ont avec leur territoire.

Identité et motricité

Xavier Emmanuelli¹⁴ raconte assez souvent - je crois même à chaque fois qu'il fait une conférence - le fait qu'il était avec un grand clochard dans les rue de Paris. Et que cet homme était extrêmement bienveillant, loquace, le stéréotype du clochard à l'haleine aussi fleurie que son verre. Tout à coup, le type se lève furieux et va se jeter sur Emmanuelli, sans doute pour en découdre. Pourquoi ? Parce qu'Emmanuelli avait posé son pied sur un bout de carton. On a là quelque chose de très intéressant à observer. C'est que le corps du sujet dans l'exclusion s'est comme liquéfié et solidifié tout autour de lui dans ce que l'on pourrait appeler son territoire. Foucault nous aide à y voir quelque chose quand il parle d'hétérotopie mais il y a autre chose. Nous pensons que notre schéma corporel c'est l'image et il est vrai que notre schéma corporel nous est donné par l'image. Vous connaissez la légion impressionnante et éclairée de psychologues et de psychanalystes qui ont parlé du miroir. Bien sûr, il y a eu Lacan et Vallon, et bien évidemment Darwin et n'oublions pas Jean-Jacques Rousseau. Nous avons cette idée que ce qui nous donne notre identité, c'est le miroir. À cela près qu'il nous manque quelque chose à cette idée, c'est notre motricité. Il y a toujours un surcroît de motricité qui n'est pas complètement pris en charge par l'image, l'image de moi comme une photo, comme un *selfie* que je traduirais par *selfish* qui veut dire « égoïste ». Nous ne sommes pas qu'une image, nous avons une motricité. Quand la motricité se disjoint trop de l'image, cette motricité va être encadrée, bordée non pas uniquement par les limites de notre corps... Quand elle se désabonne des limites de notre corps, quand elle ne joue pas dans l'entre-deux-corps : se dire bonjour, se frôler, s'enlacer, se toucher, supporter le croisement des regards, se faire un *poke* et que sais-je encore, cette motricité s'engluie dans les territoires les plus immédiats du sujet. Donc, supposer qu'on va retirer la personne de ce territoire immédiatement pour la mettre dans une maison, ou supposer qu'on va la retirer de ce territoire immédiatement pour un hôpital, ce n'est pas opérer un déplacement d'une personne du lieu A dans un lieu B mais c'est arracher le sujet à sa motricité. Et on peut avoir des expériences extraordinaires, où effectivement un adolescent, un jeune adulte accepte de vous suivre. Mais il faut le préparer ce temps-là.

¹⁴ Xavier Emmanuelli est médecin. Il travaille avec les sans-abris à Paris. Il a notamment fondé le SAMU social de Paris et Médecins Sans Frontières.

Le gamin de « Pointe-Noire »

Bien sûr, il peut y avoir des agences d'urgence - ça s'appelle l' « humanitaire ». La première fois que le mot humanitaire est arrivé en France, c'était le nom d'un journal ouvrier en 1948 qui réclamait un peu moins d'heures de travail et le droit pour tout ouvrier de voyager. Quand vous êtes présent près de ces personnes, il faut se rendre compte qu'il y a des parties de leur corps qui ne sont plus investies. En particulier, et ce n'est pas seulement l'usage des drogues, le fait de se désabonner de la part humaine, de se désinvestir des sensations aussi simples que le froid, le chaud, la douleur. Je me souviens d'un gamin qu'on avait repéré à Pointe-Noire au Congo. Il s'était planqué dans une scierie désaffectée. Les lieux des errances, ce sont des lieux de la grande histoire orpheline qui n'est plus habilitée à peupler le présent. Cela ne sert à rien de dire à des adolescents qu'on rencontre « *Bonjour, je suis psychanalyste, parle-moi de ton papa, de ta maman* », ils vous envoient au diable et ils ont mille fois raison. Il faut qu'ils parlent de leur présent. Des adolescents de 13-14 ans, allez savoir l'âge de ces mêmes dénutris qui, comme tous les errants, n'ont pas quitté un lieu mais un non-lieu. Ils sont partis d'un endroit qui les a vomis dehors. Un dehors sans promesse et sans perspective. L'errance, ce n'est pas partir d'un lieu pour aller dans un non-lieu, c'est quitter un non-lieu dans la quête d'un lieu... une quête qui généralement échoue. Si on n'a pas compris ça, on fait n'importe quoi ! On fait des politiques de remplacement familial qui font des calamités.

Je reprends mon exemple de Pointe-Noire, ce gosse... Là aussi des blessures, des rixes avec les enfants dans la rue, avec des policiers qui ont le droit de tuer. On ne les ennuie pas s'ils tuent un enfant, ils ont tué un « nuisible ». On va discuter avec les gens du quartier, on veut soigner ce gosse... on négocie vraiment : « *Qu'est-ce que vous faites à ce gosse-là ?* » « *T'es de quelle ethnie* » « *Je ne suis pas d'une ethnie, je suis de France, foutez-moi la paix, non on n'est pas pédophile, on veut juste travailler, on est soignants...* ». Les soins qu'on lui a fait ce sont des soins très douloureux, mais avec douceur. L'infirmier et le médecin sont géniaux dans cette équipe, une douceur incroyable, une compétence, une précision absolue. Les deux premiers jours de soins, le même est impassible. On lui attribuerait des vertus de sagesse peut-être... Mais peu à peu la douleur affleure, dans ses mimiques. Mais je ne comprends pas, cela fait 3 jours et il devait hurler, et là ce n'est pas grand-chose et il hurle. « *Je ne comprends pas* » dit le médecin. Je lui dis « *oui mais regarde, quand tu as commencé à travailler avec ce même jamais tu n'as entendu sa voix, jamais tu n'as croisé son regard. Pendant deux jours, il était crispé à son parpaing et une planche. Aujourd'hui, il prend nos mains, c'est-à-dire qu'il a repris la gourmandise du sens et de la présence de l'autre. Et qu'à ce moment-là quelque chose de la douleur peut revenir. C'est bien, ce n'est pas une condamnation de ton geste mais c'est un appel* ». Parce qu'on est poussé non pas aux extrêmes mais à rencontrer des gens qui nous amènent en pleine face que notre rapport tranquille, un peu pépère, à notre corps, à notre identité, à notre langage, et à ce qui fait abri, ça n'a rien de naturel. Nous retravaillons peut-être toutes les fêlures internes sur ce rapport au corps, au langage, sur ce rapport à l'abri en travaillant avec ces personnes. Il faut qu'ils aient reconstruit quelque chose de leur intégrité, de l'image du corps, avant de songer de les faire entrer dans un parcours de soins où l'obligation de direction vers le lieu prendrait le pas sur l'art d'aller vers eux. Alors ces errants, ces « laissés pour compte », ces sans-abris, pas sans maison seulement mais sans l'abri de la douce voix humaine... la plupart de ceux que nous rencontrons ne sont pas toujours aussi

seuls. Ils ont toujours quelqu'un dont ils s'occupent. Ils s'occupent toujours de quelqu'un. D'un animal, d'un autre qui va plus mal qu'eux. Ils peuvent très bien nous dire « occupez-vous plutôt de cet autre ».

« Je ne suis pas un héros »

Je termine par cet exemple et une petite considération. Aux urgences de l'hôpital Gabriel Touré à Bamako, un môme est posé, sans un mot d'accompagnement. Il était gravement blessé de la guerre. Je vais voir ce môme et je lui dis « *qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi t'a-t-on abandonné* » ? Il s'énerve et me dit « *on ne m'a pas abandonné* ». Tel autre môme, un plus grand, âgé de 16-17 ans, qui a vu des horreurs - il a vu une partie de sa famille se faire tuer à la machette, il s'est planqué, il s'est retrouvé enrôlé dans une bande d'enfants soldats... Ce môme, il m'a porté sur son dos, on a pris le train en contrebande et, une fois arrivé à Bamako, il n'en pouvait plus il m'a posé devant l'hôpital. Je me dis que c'est formidable ce qu'il a fait mais ce type-là il doit aussi être en danger alors on va voir, on demande aux gens qui connaissent bien la rue, les conducteurs de taxi, les flics, les prostituées et les mendiants... Si vous voulez savoir ce qui se passe dans une rue d'une ville africaine vous avez vos informateurs ! Et finalement, on rencontre ce gaillard et on lui dit « *qu'est-ce qui s'est passé ?* » Il nous raconte tout son périple. C'est là où on pense à la résilience. Et notre équipe qui était complètement séduite – et pourquoi pas, il y a de bonnes choses - par les textes de Boris Cyrulnik, se met au garde-à-vous devant ce môme et lui dit « *c'est formidable ce que tu as fait, c'est de la résilience tu es un héros* ». Que croyez-vous qu'il advient ? Que ce grand gaillard, qui effectivement a eu un comportement héroïque, allait s'accommoder d'être un héros ? Il nous dit « *écoutez, je ne suis pas un héros. Il y a beaucoup de parties de moi-même qui sont mortes tout au long de ce trajet, je veux retourner là où je suis mort* ». Ce que je ne fais bien sûr pas, de revenir sur les pas de ce périple qui le menait du Mont Ravia à Bamako mais il s'est agi bien sûr peut-être de faire une petite disposition scénique, de faire un petit jeu théâtral, il a pu jouer les choses. Et il va bien.

Inventer des dispositifs qui ne soient pas « laissés pour compte »

Alors, pour ponctuer tout ce que je voulais vous dire, que ce soit en Afrique, ici ou en France, où que ce soit, la question « des laissés pour compte » est viscéralement liée à la question d'un accès aux soins qui ne peut être valable que si on invente des dispositifs au plus près de cet espèce de rapport minimal du sujet à son corps, à sa parole, au langage et à un autrui. Il faut des équipes mobiles, des lieux de parole dans la cité. Il faut inventer ces dispositifs. Il faut être dans les foyers de réfugiés, pas leur donner rendez-vous à l'hôpital même s'ils pètent des plombs et qu'ils ont besoin de valium. Nous ne pouvons supporter qu'un nombre de plus en plus croissant d'hommes et de femmes soit des laissés pour compte sans droit de citer, pas plus que nous ne pouvons et devons supporter que nos inventions de dispositifs soient laissées pour compte sans droit de citer. Notre action est clinique et de ce fait, elle fait de nous des acteurs politiques.

Je vous remercie de votre attention.

Echanges

Questions/Réflexions :

- *J'ai une réflexion, et aussi une question, qui tient à la fois à ce que Monsieur Genard a évoqué, et à ce que vous évoquez aussi : Monsieur Genard avait parlé de la segmentation des politiques sociales, ça, c'est ce qu'on peut dire quand on est du point de vue des travailleurs, des intellectuels, des chercheurs. Je pense que lorsqu'on est en contact avec les usagers, ce n'est pas tellement une segmentation mais une fragmentation, une atomisation. Il arrive souvent que, lorsqu'on crée un lien, on entre en relation et émerge alors un souhait d'aide ou de soins chez les personnes qu'on a rencontrées. Alors, elles se cassent la figure sur des conditionnalités, des non-accueils, parfois même simplement les sigles des lieux où on les envoie, parfois nous-mêmes nous avons du mal à comprendre où on les envoie tellement le paysage est fragmenté dans les services sociaux et de santé mentale. Donc, je me demandais comment peut-on faire quand on est soucieux de cette question de la continuité, du lien, de la fiabilité ? Il existe des plates-formes, des réseaux officiels, toutes sortes de colloques, de séminaires, de groupes de travail mais nos usagers se retrouvent quand même souvent dans cette impression d'une fragmentation, d'une atomisation de l'aide dont ils auraient besoin et qui correspond diaboliquement à ce qu'ils ressentent au niveau psychique de l'atomisation et de la fragmentation de leurs pensées, de leur réseau familial, etc. Comment articuler ces questions parce qu'en tant qu'intervenants, soucieux de cela sur le terrain, on se retrouve quand même face à des réalités par rapport auxquelles on sent une certaine impuissance..., ce qui n'empêche pas de rester motivé néanmoins.*
- *Moi, j'aurais vraiment envie de réagir dans le même ordre d'idées. J'entends bien effectivement qu'on se demande si l'humanitaire peut être inclus quelque part dans l'institutionnel et en même temps, c'est sûr que je me dis de nouveau qu'individuellement, je pense qu'il y a énormément de bonnes initiatives et de gens pleins de bonne volonté qui font des choses mais à un moment donné, si ça n'est pas relayé au niveau d'une politique dans le sens noble du terme, bien plus vaste, c'est vrai que cette atomisation dont ma collègue vient de parler, on la re-multiplie à l'infini. Et on se dit « finalement, il y a une fracture de plus en plus grande entre ce que les politiques nous proposent ou ce qui se met en place et entre tout un secteur humanitaire ». Je suis bien d'accord avec vous, ce sont des institutions qui ne sont pas forcément caritatives telles qu'on en avait autrefois mais c'est tout un secteur de l'humanitaire qui se construit à côté et parfois même un peu contre, parce que pour défendre effectivement des politiques, ils ont parfois bien du mal à se faire entendre. Je me dis « comment renouer tout ça car il y a quand même quelque chose qui ne peut pas s'écarter et que cette fracture, elle ne peut pas grandir à l'infini ».*

J.-L. Genard : Je vous remercie pour les questions. Je pense que ce que vous dites correspond à l'expérience de terrain. De mon point de vue, d'un point de vue analytique si vous voulez, ce que je dirais par rapport à cette idée de division, segmentation, fragmentation, pour

reprandre les catégories que j'avais introduites - le passage d'une anthropologie disjonctive à une anthropologie conjonctive, ça veut dire que tout le monde, quel qu'il soit, est quelque part sur ce continuum. Je crois qu'alors il y a une disjonction des dispositifs. Au départ, il y avait l'asile et puis rien. Maintenant, que ça soit au niveau des services sociaux, que ça soit au niveau de la santé mentale, il y a un continuum de dispositifs allant des thérapies de confort pour normaux jusqu'à l'humanitaire. Je n'ai pas eu le temps de tout développer ici. Je crois que vous, vous voyez les choses du côté humanitaire mais, à côté, on pense de plus en plus l'humain à partir de son incapacité, à partir de son handicap, quel que soit cet humain. Donc, ce continuum anthropologique produit du dégât au niveau de la plus grande vulnérabilité, mais de l'autre côté c'est le trans-humanisme, c'est-à-dire le fait que même si on est déjà très capable, on peut encore avoir du potentiel, on peut encore être plus capable en quelque sorte. Donc, c'est une transformation très profonde. Par rapport à ce qui a été dit dans l'intervention précédente, je crois qu'il y a vraiment un problème. Cela a été remarquablement décrit, il y a un problème de communication avec ceux qui sont ces « laissés pour compte ». Moi, je ne suis pas du tout un praticien de ça mais au niveau de l'approche sociologique de ces publics, j'ai été très intéressé par les travaux de Marc Breviglieri, d'Edouard Gardela et Daniel Cefai¹⁵ qui ont suivi la maraude du SAMU social à Paris. Ce que disent ces auteurs, et cela a été remarquablement décrit, c'est qu'il y a fondamentalement un problème de communication qui n'a rien à voir avec les grilles de lecture de l'autre partie des dispositifs. Je me souviens d'avoir discuté avec Marc Breviglieri, qui pose la question « comment fait-on avec des gens qui n'en peuvent plus ? » C'est-à-dire qui sont transis de froid, qui sont ivres, qui souffrent. Il a étudié et observé les formes de communication. Tout se joue dans de la subtilité, dans de l'infra-propositionnel, dans des communications non-verbales, dans de la gestuelle. On est là dans une épistémologie du rapport à l'autre qui n'a rien à voir avec les divans du psychanalyste, qui n'a rien à voir avec la question des référentiels de compétence. Et la question, c'est comment trouver une place institutionnelle à ça, une reconnaissance alors que tout concourt à ne pas reconnaître la pertinence de ce type de travail.

O. Douville : Oui, c'est très vrai. J'ajouterais quelque chose. Il y a, d'une part, l'idée contre laquelle je ne m'inscris en faux à savoir ce qu'on appelle le « laissé pour compte ». Je trouve ça intéressant comme terme. Parce que ça en dit quelque chose de plus qu'« exclu ». Cela décrit la société de la comptabilisation, avec ce risque qui angoisse tous les jeunes, qu'ils aillent bien ou pas, que, par exemple, l'individu soit interchangeable. Le terme « laissé pour compte » est déjà un diagnostic du tissu social, beaucoup plus qu'« exclu ». On ne peut pas réduire le « laissé pour compte » à un sujet qui serait seulement un sujet SANS (sans abris, sans ..., etc). Il faut comprendre ce qu'il invente dans ses situations de détresse. Il invente des solutions pour ne pas crever, pour continuer à faire, a minima, un évènement de son être au monde. Il invente des trucs. Après, se pose la question de la santé. Est-ce que ce qu'il invente, ça ne le mettrait par trop en danger ? C'est une vraie question. L'overdose, l'automutilation, le fait de laisser son corps se pourrir, cela le met en danger. Alors, quand on voit ça, on intervient. On ne peut pas refuser l'assistance à quelqu'un qui se met en danger. Dans l'invention, il y a quelque chose qui s'appelle aussi l'auto-exclusion. Il y a deux choses dont

¹⁵ D. Cefai, E. Gardella, « L'Urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris ». Paris, La Découverte, 2011, coll. Bibliothèque du Mauss.

nous souffrons. Une hyper spécialisation de la réponse dans les dispositifs de soins. Je connais moins les dispositifs sociaux mais bien sûr, je m'articule avec eux. On va demander à des gens qui travaillent avec des adolescents, en psychiatrie infanto-juvénile, ce qui se passe quand le type ou la nana a 1 jour en plus de 18 ans. Qu'est-ce qu'on en fait ? Donc, il faut inventer la continuité des soins. Il faut penser des dispositifs qui ne soient pas trop segmentés. Nous avons un outil pour penser ça, je ne dis pas qu'il faut le copier au pied de la lettre, c'est l'outil de la psychothérapie institutionnelle. Cet outil de la psychothérapie institutionnelle, il est pour le moment - et oh combien ce fut nécessaire - pensé à partir de la création de lieux utopiques comme l'était au départ l'hôpital dit « psychiatrique ». Enfin, disons plutôt l' « asile d'aliénés » puisque les médecins psychiatres ne disent « psychiatres » que depuis 1913. La Borde, par exemple, qui a accueilli beaucoup de mes camarades belges comme soignants, est pour la psychiatrie française, et depuis la mort de Jean Oury, le château de La belle au bois dormant ! C'est le « truc » formidable. Mais, aujourd'hui, le rapport des personnes en souffrance, souvent de plus en plus jeunes, c'est un rapport qui a changé. Ils ne cherchent pas nécessairement un lieu salvateur mais un parcours salvateur qui leur permet de tisser leur chemin dans différents lieux. Donc, pour accueillir cette modification, dans les gens hébergés à La Borde, il n'y a pas beaucoup de jeunes. Pour continuer la philosophie de la psychothérapie institutionnelle, il convient de penser des dispositifs en réseaux d'articulation de lieux. Or, cette pensée va finalement peut-être se théoriser en essayant de faire remonter quelque chose de la pratique, avec comme on dit communément « les mains dans le cambouis ». Il faut faire remonter les pratiques. Les deux obstacles que nous avons, c'est l'hyper professionnalisation du professionnel. « Moi je m'occupe des alcooliques ». Oui, mais il n'est pas « que » alcoolique. « Je m'occupe des toxicomanies », oui mais il n'est pas « que » toxico. Je m'occupe des adolescents. Oui mais alors le jeune adulte, vous le laissez tomber ? Et puis, bien évidemment, il faut toujours inlassablement frapper à la porte du politique, en commençant par les villes et par les municipalités, parce que, après tout, ils ne sont pas formés sur toutes les politiques. Au niveau lambda, il y a des dispositifs qui peuvent être mis en place. On peut même rajouter que ça serait économique, là on est un peu entendu. Oui, c'est vrai, ça coûte moins cher de créer des petits lieux d'habitation que de mettre les gens en hôpital psychiatrique. Et parfois, il faut un hôpital psychiatrique. Ensuite, évidemment, il y a à inventer une philosophie du politique où on refuse que le sujet soit un sujet interchangeable uniquement défini en termes de « déficience ». Il a le droit d'être dans ce monde parce qu'il produit de la richesse. Pour moi, ça ne veut rien dire. Un psychotique qui élargit mon horizon mental, il produit de la richesse. Un type au bout du rouleau qui me permet de mieux comprendre ce que c'est un abri ..., et peut-être d'en faire quelque chose quand je vais sur d'autres terrains, pour moi il produit de la richesse. Ça, c'est très important de le souligner.

TABLE RONDE

Lors de la table-ronde, 6 intervenants ont été invités à présenter, à titre illustratif, une situation où les personnes sont dites « laissées pour compte » dans les secteurs suivants :

- Assuétudes ;
- Grande précarité ;
- Double diagnostic ;
- Java (Jeunes Adultes/Vieux Adolescents) 18-25 ans ;
- Grand âge ;
- Internés.

Les situations décrites sont accompagnées d'une illustration de leur choix, projetée en filigrane de leur intervention, et de questions à partager avec les participants pour lancer les travaux en ateliers l'après-midi.

MADAME H, LAISSÉE POUR COMPTE ?



La prise en charge d'usagers de drogues particulièrement fragilisés est le « core business » (traduction : activité principale) des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS) depuis vingt ans ! C'est en fait l'objectif initial de leur mise en place.

L'histoire de Madame H est une histoire parmi six-cents autres que nous avons à connaître annuellement. Il faut donc éviter l'écueil de la généralisation hâtive au niveau de ses potentielles conclusions !

Cette « vignette » me paraît néanmoins assez illustrative d'un double constat que l'on est souvent amené à faire dans notre travail quotidien. Plus les usagers sont en situation de grande précarité, plus il est compliqué de construire « à la carte » une trajectoire d'aide et de soins cohérente - entre problématique de logement, traitement de substitution, aide sanitaire, soins infirmiers quotidiens, etc. Plus les usagers se trouvent en situation de détresse sévère (laissés pour compte ?), plus ils interrogent les limites institutionnelles, la souplesse ou la rigidité du cadre, les valeurs et l'éthique qui sous-tendent nos interventions !

Décor...

Je vais vous parler d'une dame Sans Domicile Fixe (SDF) en situation de grande précarité, âgée de 45 ans, turque et usagère de drogue en suivi « global » (médico-social).

Son histoire de vie n'a pas toujours été celle de la marginalité et de la précarité (elle a notamment été employée dans un grand hôtel pendant quelques années).

L'histoire familiale est compliquée. Culturellement, elle est issue d'une famille marginalisée mise à l'écart de la communauté turque parce que ses parents sont alcooliques et donc, peu respectueux de l'Islam.

Elle subit un mariage imposé à 18 ans en Turquie, pays dans lequel elle n'avait jamais mis les pieds, avec un homme qu'elle ne connaissait pas.

Le père décède lorsqu'elle a une vingtaine d'années, la mère l'abandonne peu de temps après pour se prostituer. Elle a dû élever seule ses frères et sœurs plus jeunes qu'elle.

Elle vit des grossesses successives, son mari est alcoolique et violent, très autoritaire. C'est la rupture brutale, elle trouve refuge dans une maison d'accueil. Elle lutte dans un premier temps pour l'obtention de la garde de ses enfants puis baisse les bras. Elle connaîtra une désinsertion rapide et sombre peu à peu dans la consommation de drogues.

Elle passera de la rue aux maisons d'accueil, abris de nuit et hôpitaux dans une trajectoire qui lui est propre et imprévisible. La rue devient progressivement son milieu de vie, celui qu'elle connaît ! Elle se montrera d'ailleurs ambivalente par rapport à des projets plus structurés de logement.

Madame H : profil de personnalité et fonctionnement psychologique

Elle a peu d'accès à la verbalisation. C'est quelqu'un qui ne se livre pas et qui refuse le plus souvent de raconter son histoire de vie ! Elle a une personnalité décrite comme obsessionnelle et anxieuse, avec un problème de co-morbidité psychiatrique sans trop pouvoir définir la psychopathologie sous-jacente. Elle a une profonde immaturité affective, un problème de structuration affective voire même de « débilite affective » et, bien sûr, des troubles de l'adaptation corollaires. Malgré un tableau clinique assez sombre, elle donne l'impression globale d'avoir envie de s'en sortir même si souvent elle se montre particulièrement têtue voire revancharde !

Elle est évidemment fortement intolérante à la contrariété : par exemple, quand on lui fait une remarque, elle n'en comprend pas le sens et ne l'accepte pas. Elle adopte alors une attitude très opposante, parfois même avec des insultes à la clé ! Par exemple, quand on lui interdit l'accès à la salle parce qu'elle a de nombreux sacs en plastique. Elle peut alors adopter des attitudes régressives : elle fait ses besoins dans la rue ou elle s'étale sur toute la largeur du trottoir.

Il y a une dimension de peur et d'angoisse : tout doit être routinier. Elle vit certaines demandes banales comme une agression (par exemple : « où allez-vous dormir ce soir ? »). Plus on veut l'aider, plus on provoque de l'opposition et de l'agressivité !

Enfin, on relève une blessure au niveau de l'image de la femme et une évidente problématique d'abandonnisme !

L'hygiène est déplorable, ce qui est une source de difficultés pour le personnel mais aussi une source de tensions pour les autres usagers du Centre. Ce qui ne fait aussi qu'accentuer son isolement social !

Au plan somatique, outre le problème d'hygiène, elle a un problème d'ulcère sur la jambe qui ne cicatrise pas ou très difficilement, elle doit recevoir des soins quotidiennement ce qui demande une forte organisation inter-services (concertations).

Madame est bien sûr en équilibre constant sur le fil du maillage qui se crée autour d'elle (voir illustration ci-dessus), raison pour laquelle Madame fait l'objet de multiples concertations et discussions (inter-services et intra-service) car nous tentons d'accorder nos violons, ce qui n'est pas toujours aisé.

Elle met en lumière effectivement le manque de cohérence entre institutions d'une part, mais aussi au sein-même de notre propre service ! Par exemple, peut-on ouvrir exceptionnellement notre service pour ses soins ou faut-il appliquer strictement le Règlement d'Ordre Intérieur (R.O.I.) et ne pas ouvrir le service ? Souvent, on joue avec elle la carte de l'exception qui donc finit par ne plus confirmer la règle !

Elle nous interroge enfin sur notre sentiment d'impuissance face aux mises en échec successives (l'impression de faire chaque fois un peu de la même chose qui ne marche pas). Elle détient incontestablement au moins trois « pouvoirs ». Premièrement, celui d'être le centre de beaucoup de discussions. Deuxièmement, celui de provoquer des tensions entre intervenants autour de la question de la cohérence qui revient comme une ritournelle dans les réunions d'équipe. Troisièmement, celui de créer des tensions avec le voisinage qui se plaint de son comportement en rue.

Question

Dans quelle mesure le fonctionnement d'un service de première ligne doit-il s'adapter, s'aligner sur le mode de vie, les carences ou les habiletés des usagers ? Autrement dit, jusqu'où les professionnels doivent-ils maintenir leur focus sur les besoins du patient, quels que soient leurs comportements, leurs exigences et leurs difficultés ?

Catherine CASSEAU, SSM provincial « Namur-Astrid »
& **Marie MATHY**, RSUN Namur

PROJET « PRÉCARITÉ ET SANTÉ MENTALE »



Francis

Francis vit dans les bois, sans médication ni suivi psychiatrique et pourtant il vient au Relais Santé régulièrement. Il y a accepté plusieurs fois des entretiens avec un psychologue du Service de Santé Mentale (SSM) sur place et est venu une fois au SSM. Il souffre de schizophrénie, il fait partager ses hallucinations et ses délires à qui veut bien les entendre. Le tissage et le maintien du lien ne sont possibles qu'en acceptant ses choix : se laver ou non, manger ou pas, ne pas prendre ses médicaments...

C'est ainsi qu'il "mène sa barque" en se servant de courriers pour exister aux yeux du monde...



Jeanne

Jeanne est sortie de l'hôpital psychiatrique avec un constat "d'échec thérapeutique" et ce, après plusieurs hospitalisations en "mise en observation" (loi de protection de la personne de 1990).

Ses préoccupations centrées sur ses besoins primaires et sa façon d'être l'ont exclue de divers services en raison de comportements dit "agressifs".

Elle va alors commettre des infractions pour pouvoir subvenir à ses besoins fondamentaux tels que celui de s'alimenter.



Marc

Marc fait avec les intervenants médico-psycho-sociaux comme avec ses sacs qui le suivent tout au long de la journée : il les multiplie.

Il les accumule au coup par coup, il a des contacts nombreux, fragmentés mais durables avec ces multiples services. Il vit seul dans sa maison mais passe beaucoup de temps à aller d'un service à l'autre.

*"La souffrance psychique d'origine sociale a des effets
sur les personnes qui la vivent
et sur les professionnels qui les reçoivent"
(2007, Furtos)¹⁶*

Quelques questions...

- Comment se rencontrer avec l'usager lorsque des réalités nous séparent ?
- S'allier sur un terrain commun, une nécessité ?
- Quand l'incompréhension crée l'exclusion et l'exclusion de l'incompréhension. À la recherche d'une position.
- Comment gérer des attitudes, comportements, pathologies multiples en communauté ?
- Exister aux yeux du monde, mais comment ? Des façons d'exister qui épuisent.

Le projet « Précarité et santé mentale » : un travail de santé mentale partagé par le SSM provincial « Namur Astrid » et l'équipe du "Relais Santé" namurois

Ce projet s'est mis en place en 2011 à l'initiative du SSM suite à plusieurs constats.

- Premièrement, des constats réalisés au SSM depuis plusieurs années : les difficultés de travailler dans un modèle habituel de consultation avec des personnes en grande précarité (désorganisation temporelle, rendez-vous manqués, crises et demandes en urgence suivies de désinvestissements...). Les problèmes de santé mentale ont des effets sur plusieurs générations et sur différents systèmes travaillant avec ces populations.

¹⁶ FURTOS J., « Les Effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale ». In Mental'Idées, n°11, Dossier Souffrance et société, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, 09/2007.

- Deuxièmement, des dispositifs plus spécifiques (plages d'accueil pour des "crises", contacts avec les partenaires du réseau) n'avaient pas donné lieu à des effets concrets quant à la rencontre de ces populations. Échec de ces aménagements.
- Troisièmement, des demandes et des plaintes parvenaient de divers services sociaux de première ligne (service d'accueil, aide sociale généralisée, CPAS, mutuelles...) concernant les problèmes de santé mentale rencontrés sur le terrain et la difficulté de relayer les usagers vers des services "psy" ainsi que le sentiment d'impuissance du personnel médical ou social face à ces difficultés.
- Quatrièmement, une rencontre avec le personnel infirmier du service "Relais Santé" qui se montrait intéressé par une expérience commune de permanences « santé mentale » dans leurs locaux et lors de leurs permanences.

L'objectif général est de pouvoir rencontrer, dans un milieu déjà investi par elles, les personnes en grande précarité afin de permettre un travail en santé mentale non stigmatisant car associé à des soins médicaux généraux, intégré à une approche globale de la personne et en profitant d'un dispositif organisationnel et spatio-temporel (local : dispensaire, maraudes en ville, permanences, information au public).

Les membres du SSM Namur-Astrid, trois au total, se sont engagés pour des permanences au dispensaire et la directrice administrative du SSM assure la coordination du travail de l'équipe avec celle du Relais Santé. L'équipe a ouvert une disponibilité particulière aux demandes venant du Relais Santé, la plupart de ces demandes étant accompagnées par un infirmier et donnant lieu à un premier entretien en "concertation".

L'organisation vise à octroyer un accueil spécifique des demandes liées à ce projet dans le SSM : mise en place rapide d'entretiens, de concertations, de relais. Il y a au SSM la mise en place d'une farde de suivi de permanences pour assurer la continuité des interventions.

La gestion de l'agenda des permanences et de la collaboration avec le Relais Santé est organisée comme suit : plan hiver, restructuration du personnel infirmier, collaboration avec les stagiaires, périodes de sous-représentations ou de surpopulation... Tout ceci est assuré en équipe et en collaboration avec la coordinatrice du Relais Santé et la directrice administrative du SSM.

Les objectifs opérationnels visent à ce que ces permanences permettent la présence d'un professionnel de la santé mentale pour permettre de dire autrement et être entendu autrement dans sa souffrance lors de moments informels ou dans un entretien avec l'infirmier. Elles permettent aussi une reconnaissance non-stigmatisante et un soutien dans ces situations de détresses multiples, de crise et de grande précarité.

Des entretiens sont organisés avec l'utilisateur seul ou en collaboration avec un infirmier dans des locaux du dispensaire : entretiens d'aide, d'éclaircissement, de guidance, de soutien, d'analyse de la demande.

Un relais est assuré vers des consultations plus classiques dans notre service de santé mentale soit pour un accompagnement social, un suivi psychiatrique ou un travail psychothérapeutique ou de soutien.

Un relais vers des services en lien avec la santé mentale (autres SSM, hôpitaux, groupes d'entraide d'aide aux victimes...) est mis en place si besoin.

Un soutien voire des moments d'intervisions avec des professionnels de première ligne autour de comportements et de communications relevant de la santé mentale sont organisés. Des stratégies d'intervention et des attitudes nouvelles face à des difficultés chroniques sont réfléchies.

Le public-cible est composé de personnes en grande précarité présentant des difficultés de santé mentale (95 %) et de troubles psychiatriques (30%) : personnes sans domicile fixe (rue, squats, illégaux, errances, maisons d'accueil), personnes en détresses multiples (santé, surendettements, problèmes de justice, difficultés sociales multifactorielles) ; personnes en crise et décrochage social (perte de revenus, ruptures familiales ou de milieux de vie dans des relais pour jeunes sortant à 18 ans de milieux institutionnels sans préparation). Nous avons ciblé les adultes sachant que les enfants sont largement concernés par le bien-être de leurs parents. Des rencontres familiales peuvent avoir lieu. En cas de besoin en santé mentale pour des enfants, le relais est prévu vers un SSM « enfant » ou vers des services concernés (ONE, hôpital, aide à la jeunesse...).

L'évaluation est réalisée régulièrement pour ajuster le projet, à six mois et à un an. Elles sont programmées entre l'ensemble du personnel du Relais Santé et les trois membres du SSM actifs dans le projet. De ces évaluations ressortent les points suivants :

- Premièrement, l'impact le plus important se fait lors des entretiens au dispensaire. Ceux-ci sont favorisés par la présence récurrente du SSM et l'habitué des usagers à ses intervenants. Un impact étonnant d'un entretien unique nous a été renvoyé.
- Deuxièmement, parmi les situations qui ont abouti à un suivi au SSM, la plupart ont été ponctuelles ou à court terme ; la difficulté de tenir dans le temps étant liée aux difficultés socio-économiques.
- Troisièmement, les infirmiers ont manifesté un très grand intérêt aux partages sur les situations et à un autre regard sur les questions relationnelles avec les bénéficiaires, les discussions de cas et d'éclairages sur des thèmes de santé mentale en général (délire, abandonnisme...).



L'aventure des « Héliotropes » commence en 2005 à l'initiative d'une famille sans solution, ayant un enfant de 13-14 ans rejeté d'une structure conventionnée INAMI, insupportée par l'ampleur et la gravité des symptômes qu'elle manifeste.

Un bâtiment est acheté et restauré à coups de bonnes volontés, d'appels à projets et de mécénat. Un projet d'accueil et de soins est pensé et écrit par des professionnels de la psychiatrie, du handicap, de la santé mentale et de la pédopsychiatrie.

En 2010, l'activité commence et l'accueil de 6 personnes à double diagnostic présentant toutes des vécus d'exclusion se construit autour d'une offre de 37 ateliers thérapeutiques par semaine.

Un don de la Fondation Marguerite Marie Delacroix permet le démarrage de l'activité pendant trois années. Le collège des médecins-directeurs de l'INAMI fait bon accueil au projet thérapeutique des Héliotropes mais l'Administration de la Santé nous débouté pour diverses raisons : notamment parce qu'ils ont déjà payé pour ces personnes sur le secteur « enfant », qu'ils estiment que nos outils ne permettent pas une mesure suffisamment fiable des résultats et que la tendance est à la remise à l'emploi avec un « jobcoach »... Ce qui est très loin des possibilités, même lointaines, de nos personnes « double diagnostic » accueillies à Incourt.

L'ASBL se rend bien compte qu'elle fait réponse en journée d'une offre essentielle tant pour les jeunes que pour les parents et la course aux subsides se met en route. Fin 2012, il n'y aura plus aucun subsides pour poursuivre l'activité.

Des repas solidaires s'organisent, des concerts. Il faut participer à des comités de fête, rencontrer des Lions Club et Rotary, organiser des événements, participer à d'autres, se faire

reconnaître pour que nos 6 situations dramatiques ne retournent pas à la maison, à manifester leurs symptômes invivables.

2013 est l'année de la reconnaissance comme Service d'Accueil Partiellement Subsidé (SAPS) par l'AWIPH. Nous bénéficions d'un subside partiel de 2000€/an et de 3 conventions nominatives de +/- 15.000€. La somme annuelle à trouver pour poursuivre l'accueil oscille entre 40 et 60.000€/an en dons, en fonction du nombre de conventions nominatives perçues. Force est de constater que le travail avec les personnes « double diagnostic » exclues nous place aux frontières de la solitude et de l'isolement, comme nos patients et leurs familles, et que la poursuite de ce projet dépend de notre capacité à manger des boudins, participer à des soirées spaghetti ou autres repas plus extraordinaires.

Marceline

Marceline est accueillie en 2010. Elle est déficiente intellectuelle modérée, souffre d'autisme et affiche un retrait majeur à l'admission. Elle fuit tout contact et passe ses journées couverte d'une couette, à se balancer en effectuant un travail solitaire de crachats sur diverses surfaces : murs, bords du fauteuil, peau.

Elle ne descend que pour se rendre aux toilettes et manger, en dehors du groupe et à l'écart de l'espace dévolu au groupe pour prendre les repas.

Nous parvenons progressivement à la faire circuler dans nos 37 ateliers/semaine, toujours dans un décalage temporel où elle arrive après les autres et repart quelque peu avant la fin si bien qu'elle peut, entre deux ateliers, reprendre son travail avec ces circuits de crachats.

Les symptômes sont très importants et envahissants : Marceline circule rapidement, elle est partout à la fois et crache sur toute surface ou objet, ce y compris les autres. Elle fait des dénudations totales un nombre incroyable de fois par jour, s'arrache les cheveux, se lave dans l'eau des toilettes, des bassines ou des animaux, boit l'eau des étangs lors des promenades, se griffe le haut du corps ou les jambes, fouille tous ses orifices corporels et goûte, et ne s'adresse à l'autre que sous la modalité de la question, à confirmer ou infirmer. Parfois la voix trébuche jusqu'au balbutiement ou au cri.

Certaines automutilations plus spectaculaires peuvent survenir en cas de grandes angoisses : Marceline se casse plusieurs fois le nez en se cognant la tête aux murs.

En 2012, le papa décède subitement et la maman qui s'affairait à la construction d'un projet résidentiel de nuit doit reprendre sa place dans un quotidien infernal, un quotidien de balancements, d'odeurs de salive ou d'urine, ayant désormais pour seul vis-à-vis une jeune femme autiste qui ne s'inquiète que de ce qu'elle va manger.

Marceline fait des progrès en socialisation. L'« être-là » en groupe l'insupporte moins, les automutilations en présence des autres sont moins fréquentes mais tous les autres symptômes restent extrêmement présents.

La maman fatigue. Les trajets dont Marceline bénéficiait avec « Handicap et mobilité » cessent. Les raisons sont nébuleuses : on invoque la distance et le passage de la zone frontière entre le Brabant wallon et le Namurois. Il nous semble que les deux fauteuils que Marceline a explosés à force de balancements, les ceintures de sécurité cassées et les dénudations dans le bus, devant les adolescents de certaines écoles qui attendent son passage pour prendre des

photos, sont plus à même d'expliquer l'arrêt des transports. Madame, sans vis-à-vis pour parler, se retrouve sans convoyeur pour conduire.

Elle trouve tantôt des conducteurs via des Aides Locales à l'Emploi (ALE), des « bonnes volontés » payées en noir et à prix d'or à qui elle doit prêter son véhicule. Rien à faire, balancements et crachats viennent tôt ou tard et plus souvent tôt, à bout de toutes les bonnes volontés, quelle que soit la rémunération.

Des services existent bel et bien mais pour des aides ponctuelles, comme les taxis sociaux. D'autres pourraient intervenir, mais à prix d'or. Madame doit déboursier entre 150 et 200€ par semaine, seulement pour les retours.

In fine, Marceline, de plus en plus perturbée face aux divers convoyeurs, voitures différentes et impatiences individuelles manifestées de multiples manières, épuise de plus en plus vite les services qui la transportent. Au bout de 10 jours, des ultimatums sont lancés pour que crachats et balancements cessent.

Par ailleurs, tous sont interpellés par le fait que lorsqu'ils ramènent Marceline à la maison, Madame parle. Madame parle de tout sauf de sa fille : de ses vêtements, de ses chats, de ses voyages... Madame qui trouve lors de ces quelques minutes d'échange un interlocuteur qui répond enfin, avant de retourner à son quotidien de solitude avec son enfant qui balance et qui crache.

Lorsqu'un service jette le gant, Madame s'écroule. Les menaces de passage à l'acte suicidaire émergent.

2016 est l'évènement des 100kms de Cap 48. Un don de 70.000€ est octroyé à l'asbl Les Héliotropes et nous imaginons que nous allons enfin pouvoir lever le pied sur les repas solidaires, fêtes ou évènements qui nous font toutes les semaines quitter « nos chez nous » pour qu'ils aient un lieu, et que nos 6 personnes « double diagnostic » ne soient pas exclues.

Jusqu'à juillet 2017 où le Ministre de la santé, sensibilisé par la question du double diagnostic, reconnaisse et agréé l'ASBL comme Service d'Accueil de Jour pour Adultes (SAJA).

L'urgence de certaines situations accueillies aux Héliotropes, dont celle de Marceline et de sa maman, nous poussent à penser que l'accueil de nuit est inévitable.

En bref, nous rendons 6 situations « impossibles » à 16h30 à des familles, précisément à l'heure où vous et moi allons chercher nos enfants « normaux » à l'école.

Un appel à projet lancé par le Ministre de la santé se termine en septembre 2017. Nous essayons d'y avoir accès. Il permet l'achat ou la réfection de bâtiments. Nous le loupons. Pour y avoir accès et acheter un nouveau bâtiment, il faut une reconnaissance comme SAPS, comme celle que nous avons eue 15 jours avant de formuler la demande. Sauf que pour redemander une autorisation de prise en charge et un SAPS, il nous faut le bâtiment. Trouvez l'erreur !

Sur la commune d'Incourt, une maison à vendre semble pouvoir faire l'affaire. C'est un ancien home pour personnes âgées, répondant aux normes de bâtiment de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ), avec ascenseur et installation incendie à remettre en état.

Nous nous inquiétons de savoir si la commune d'Incourt veut bien le réaffecter à l'accueil de personnes à « Double diagnostic » avant de pousser plus en avant nos rêves.

Le bourgmestre s'abstient de donner son accord et nous invite à rencontrer les voisins pour leur demander leur bénédiction respective. Sans leur accord, il refusera la réaffectation.

Notre projet d'accueil de nuit est d'une nécessité impérative, il répond aux besoins de Marceline, de sa maman et des 5 autres familles des Héliotropes qui, elles aussi, ont une Marceline ou un Marcelin à la maison, avec d'autres symptômes tout aussi épouvantables à vivre dans un quotidien familial.

Depuis 7 années de fonctionnement, pas un seul de nos patients n'a dû être hospitalisé. Ce serait dommage d'avoir recours à l'hôpital parce que les bus, taxis, ou services de convoyage refusent les Marcelins et Marcelines envahissants.

De fait, ils le sont. La solution du résidentiel de nuit nous semble la plus pertinente. Tous la réclament à corps et à cris.

Nous nous mettons en route, donc, avec ce nouveau projet et à nouveau, nous avons le sentiment que nous allons devoir le porter seuls.

Rien à faire, pour s'occuper de personnes à « Double diagnostic » exclues, en accueil de jour ou de nuit, il faut manger des boudins, participer à des concerts, se transformer en témoins de Jéhovah sans faire peur aux voisins ou marcher 100kms d'une seule traite sous les feux des projecteurs...



JAVA¹⁸ : LA TRANSITION

Les jeunes adultes en IMP 140¹⁹ (Instituts Médico-Psychologiques), atteints de troubles abandonniques, anxieux, dépendants, sans famille, ratent souvent la dernière marche en raison des troubles du comportement. On les qualifierait de psychotiques, refusant la réalité, l'entrée dans un monde hostile.

Le passage d'un monde à l'autre, du connu, maîtrisé...même si c'est dans la douleur, est périlleux. En entretenant la tension par une attention anxieuse du personnel qui ne « voit » pas la fin du séjour qui prend des allures dramatiques.

Image (ndlr : voir illustration ci-dessus) qui évoque comment le poisson rouge adapte sa croissance à la taille de son environnement. On l'invite à sauter d'un bocal à l'autre. Un bocal

¹⁷ <http://lucfouarge.com>

¹⁸ JAVA : Jeunes Adultes/Vieux Adolescents

¹⁹ Les IMP140 sont des institutions spécialisées au service de l'accompagnement de « jeunes atteints de troubles caractériels, présentant un état névrotique et/ou pré-psychotique et nécessitant une intervention spécialisée en internat et/ou en accueil de jour ». Le nombre 140 est celui de la catégorie 140 de la liste des handicaps (fixée par la Fédération Wallonie-Bruxelles) prise en compte dans le décret de 1995 par l'Agence Wallonne de l'Intégration de la personne Handicapée (qui correspond à l'actuelle Agence pour une Vie de Qualité (AViQ)).
Source : site web des IMP140, <http://www.groupementimp140.be/a-propos/>, page consultée le 21 décembre 2017.

Les IMP 140 sont actuellement agréés comme SRJ (Service Résidentiel pour Jeunes).

plus grand dont on a fait miroiter les offres en matière d'autonomie. Elle ne fait qu'augmenter l'angoisse et son cortège de symptômes qui laissent un goût amer à l'équipe de l'IMP 140.

Comment faire pour y rester, pour passer à côté d'une nouvelle épreuve, retarder la confrontation à l'inconnu ? Comment refuser cette rencontre où l'on s'adresse à elle en la nommant Mademoiselle, ce qui officialise le deuil de l'enfance, du refuge qu'elle prolonge tant qu'elle peut.

Justifier la présence dans le bocal que je connais nécessite une « complicité » activée par fugues, vols, auto-agression, tentative de suicide, agressions.

Justine

Justine arrive bientôt à la date fatidique de la fin de son séjour en IMP. Elle s'y sent en lien, même si ce lien s'est souvent manifesté par des courses poursuites, par des crises clastiques parce que l'éducateur sur lequel elle a jeté son dévolu lui refuse toutes manifestations amoureuses. Elle a testé l'intervention des forces de l'ordre, elle fut parfois accueillie pour de courts-séjours à l'hôpital psychiatrique, répit culpabilisant pour l'équipe qui aimerait une sortie par la grande porte.

Justine monopolise les réunions de service, sur son dos les conflits institutionnels fleurissent. Quand elle ne refuse pas les visites de services « adultes », Justine s'y présente juste après avoir mis en œuvre la palette de troubles du comportement suffisamment graves, qu'elle maîtrise pour que les services renoncent à poursuivre les préadmissions, les tentatives de passage de témoin.

Elle entre dans toutes les conditions qui pourraient faire d'elle un « cas prioritaire »... Mais elle est en IMP 140, ce qui lui fait perdre les points qui justifieraient qu'Administration et service lui réservent un accueil particulier.

Les séjours de répit à l'hôpital ne font pas d'elle une « patiente » de la psychiatrie, et donc elle est assez peu soutenue par cette équipe pour bénéficier d'un accompagnement dans cette étape de sa vie.

Elle se coince, elle coince les deux équipes, l'une qui tarde à solliciter l'hôpital en raison des parfums d'échec, l'autre qui craint une chronicisation des troubles du comportement, qui cale sur l'idée de la psychiatriser et qui la renvoie à la première en déclarant que Justine a davantage besoin de réponses éducatives que de soins médicaux.

Il se peut qu'elle rate le saut entre les deux bocaux, elle choisira la rue. Séjour qui confirmera que le monde lui est hostile, et qu'elle ne s'est pas trompée sur elle-même qui fut retirée de sa famille avec un manque d'explication, qui fut plus tard déposée au Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) par une famille d'accueil en raison de la difficulté de maîtriser sa pulsionnalité, ses élans amoureux envers le père d'accueil.

À la majorité, à 18 ans (ou 21 selon), on change. Les administrations aussi. Comment procéder pour que dans cette époque charnière, une construction « contenante », à plusieurs, dans une

forme de tuilage, dans l'inter-institutionnalité qui épargne les professionnels des émotions qui leur font rater la marche de la sortie, ou, l'entrée sereine dans un accueil qui ne s'effraye pas de l'escalade des troubles du comportement visible chez un grand nombre de ces JAVA démunis d'encrage familial capable de les défendre contre l'hostilité ambiante dont nous avons permis qu'il en deviennent, bien malgré eux, les chefs d'orchestre.



Les aînés, des laissés pour compte ?

Vieillesse et santé mentale :

Fragilité des aînés ou de l'organisation de l'offre de soins ?

Regards croisés sur les risques de maltraitance

En tant qu'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés, mon exposé s'articulera principalement autour des situations où les fragilités du vieillissement croisent celles liées à la santé mentale.

Sans avoir l'ambition d'être exhaustive, j'ai pointé, parmi les situations les plus illustratives, celles qui soulèvent des questionnements au sein de Respect Seniors. Dans ces situations, le point commun est la difficulté de trouver des solutions adaptées et spécifiques à la personne. Souvent, elles demandent une grande créativité. Ça nous pousse à inventer. Selon Respect Seniors, cette créativité peut être trouvée par la collaboration des différents services œuvrant dans l'aide aux personnes quel que soit leur domaine professionnel.

Voici quelques situations :

- Madame est en Maison de Repos. Elle est étiquetée « paranoïaque ». Elle aimerait aller dans une Maison de Repos de son village. Ses enfants s’y opposent car dans son état... Madame ne comprend pas pourquoi elle ne peut pas choisir sa Maison de Repos.
 - ⇒ Avoir une problématique de santé mentale interdirait-il de faire des choix ?
 - ⇒ Être une personne âgée empêcherait-il d’être entendu dans ses souhaits ?
- Dans son appartement, Madame entend des voix, particulièrement quand elle est seule. Elle pense que c’est son voisin qui la harcèle. L’aide familiale lui conseille de changer d’appartement mais Madame ne souhaite pas déménager. L’aide familiale ne sait plus quoi faire et décide d’arrêter le suivi. Qui peut alors aider Madame ? Un service de maltraitance ? Son médecin traitant ? Un psychologue ? Une assistante sociale ? Un autre service ? Mais est-elle « vraiment » maltraitée ?
 - ⇒ Qui est « compétent » dans ce genre de situation ?
 - ⇒ Comment répondre au mieux aux besoins de la personne ? Et comment les identifier ?
- Monsieur a été hospitalisé suite à une tentative de suicide. Une administration de ses biens et de sa personne a été mise en place. Monsieur se sent mieux, il voit un psychiatre qui souligne qu’il était en souffrance surtout suite à une dépression importante mais son état évolue bien. Monsieur ne comprend pas pourquoi il ne peut plus gérer son argent et le vit très mal.
 - ⇒ Un comportement, à un moment donné et qui illustre une grande souffrance, retirerait alors l’autonomie de la personne ?
- Une dame est en hôpital psychiatrique depuis 10 ans mais à l’arrivée de ses 65 ans, elle se retrouve transférée en Maison de Repos sans raison (autre que celle de l’âge). Depuis, elle est bouleversée. Elle perturbe très fort les autres résidents par ses comportements. Le personnel ne sait plus quoi faire ni comment réagir. Ils prennent donc la décision de lui donner son préavis.

Ces différentes situations illustrent une partie de la réalité de terrain de Respect Seniors. Elles posent question car elles sont à la croisée entre les fragilités dues au vieillissement, les fragilités dues à une problématique de santé mentale et les fragilités dues à l’organisation de soins, donc où les risques de maltraitance semblent ou pourraient exister.

Aussi, nous constatons que tous les intervenants peuvent se retrouver confrontés dans leur pratique à des situations où ils pourraient se dire : « Ce n’est pas dans mes missions » ; « Ce n’est pas de mon ressort, c’est une problématique de santé mentale » ; « Ce n’est pas dans mes compétences, c’est une personne âgée » ; « Ce n’est pas dans notre cadre car elle n’est pas « vraiment » maltraitée » ; etc. Dans ces cas-là, ces situations entraînent souvent des scénarios dramatiques d’exclusion de tous les services. Les personnes n’ont de place nulle part... Elles sont des laissés pour compte.

Qui va s’occuper d’une personne âgée avec une problématique de santé mentale qui se sent maltraitée par son frigo ? Personne ? C’est le rôle de qui de s’en préoccuper et/ou de l’accompagner ?

« Les laissés pour compte » nous interrogent sur nos missions, sur notre cadre de travail, sur notre philosophie, sur nos limites, sur nos valeurs...

Quelques questions

Au sein de Respect Seniors, nous nous posons une série de questions. L'objectif de ces questions est d'illustrer nos difficultés mais surtout de co-construire des pistes d'actions et de proposer ensemble des recommandations pour faire évoluer ces situations.

- Y a-t-il une méconnaissance de la problématique de santé mentale ? Du vieillissement ?
- Comment identifier une situation qui relève de la santé mentale ? Comment identifier une situation liée à des fragilités dues à l'âge ?
- Comment pouvons-nous (de la position où nous sommes : professionnel, entourage) accompagner ces situations ? L'accompagnement doit-il être différent ? Pourquoi ?
- Qui a le rôle d'agir, d'intervenir, d'accompagner ? Qui décide que ce n'est plus possible ?
- Doit-on outrepasser nos missions afin de répondre à la spécificité de la demande ? Mais alors qu'en est-il de la cohérence de l'intervention ?
- Comment permettre un travail pluridisciplinaire tout en respectant chacun nos missions et en répondant à la demande spécifique de chaque personne ?

Ces questions et les situations présentées ici ne sont pas uniquement du ressort de la santé mentale. C'est l'affaire de tous ! Car ces situations interpellent tous les intervenants de tous les domaines. Cela implique donc de collaborer, de travailler les liens entre les services et surtout de renforcer l'organisation des soins. Finalement, la fragilité n'est-elle pas là ? Pourquoi vouloir montrer du doigt un tel public ? Certes, ils peuvent être vulnérables. Mais, nous, les professionnels, aussi... peut-être sommes-nous vulnérabilisés par notre approche du travail en solitaire ? Nous sommes tous vulnérables. Questionnons aussi alors nos pratiques ! Je terminerai mon exposé par une citation qui fait sens pour les intervenants de Respect Seniors : « *Tout seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin* » (proverbe africain).

Sylvie OUDAR, unité « Philéas », Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin à Dave



*Illustration réalisée par l'atelier « Clic » et nos patients,
en lien avec la thématique qui leur avait été transmise : les « laissés pour compte ».
Tous mes remerciements pour leur participation.*

Avant de vous raconter l'histoire de Mustapha, je voulais revenir quelques minutes sur le contexte du projet afin de mieux comprendre pourquoi, malgré les choses mises en place ces dernières années, les patients sous le statut de l'internement - et j'insiste bien sur le fait que ce mot désigne un « STATUT » - peuvent faire partie des personnes laissées pour compte.

L'Unité Psycho Médico Légale (UPML) Philéas dans laquelle je travaille accueille des patients internés libérés à l'essai provenant des Annexes Psychiatriques (AP) et des Établissements de Défense Sociale (EDS) et souffrant pour la majorité d'une psychose. L'objectif principal de nos missions est la réinsertion de ces personnes au sein de la société.

L'internement est une mesure de sûreté envisagée lorsqu'une personne atteinte d'un trouble mental grave commet un crime ou un délit menaçant l'intégrité physique et psychique d'un tiers. Ils sont alors désignés comme des « irresponsables » de leurs actes, mais cela va même beaucoup plus loin que cela...

L'objectif n'est donc pas de punir mais d'associer trois éléments qui s'avèrent difficilement conciliables au départ et en pratique : le soin, la réinsertion et la protection de la société (justice).

Contrairement à l'emprisonnement classique, l'internement est prononcé pour une durée indéterminée. Vous pouvez donc imaginer que le parcours d'un interné, doublement stigmatisé par la maladie et l'acte délictueux, est une longue, très longue traversée pour lui.

Mustapha

Je vais donc vous parler de Mustapha (prénom d'emprunt), âgé de 45 ans, 6^{ième} d'une fratrie de 9 enfants, et souffrant d'une schizophrénie affective diagnostiquée à l'âge de 20 ans avec problématique de poly-toxicomanie associée.

Mustapha connaît déjà des soucis dès l'âge de 4 ans et 15 ans pour problématique d'agressivité sur ses frères et sœurs. Il est important de souligner ici que Mustapha souffre aussi de sa rupture entre deux cultures : sa place au sein de sa famille traditionnelle et la personne qu'il souhaite être dans la culture européenne.

Nous faisons connaissance avec lui au Centre Neuro-Psychiatrique Saint-Martin dans les années 1990 par une hospitalisation forcée faisant suite à une première décompensation. Mustapha n'a pas pu surmonter une rupture sentimentale avec consommation de drogues et ses débuts d'études de philosophie à l'université.

À la sortie de l'hôpital, il commet à nouveau des faits de violence avec consommation et il sera alors condamné et incarcéré plusieurs fois entre 1992 et 1996, alternant hospitalisations (dans le cadre d'une mise en observation selon la loi de 1990) et dans des régions différentes) et incarcérations.

En 1996, il est arrêté pour port d'armes prohibées, faux et usage de faux, escroquerie et vol avec violence où une décision d'internement est prise.

Il alterne alors des entrées et sorties entre Annexe Psychiatrique (AP), Établissement de Défense Sociale (EDS), Hôpital, Initiative d'Habitation Protégée (IHP), AP, EDS, Maison de Soins Psychiatriques (MSP), AP, Hôpital,... Parti dans une chaîne sans fin.

En 2012, Mustapha revient au CNP Saint-Martin à Philéas après +/- 15 ans d'emprisonnement (et toujours sous le statut d'interné). À l'époque, plus personne n'en veut vu son parcours, ses problématiques de violence et ses problématiques de dépendance.

Son envie furieuse de vivre seul, ses échecs successifs de vie en communauté alors qu'il n'a jamais expérimenté la vie seul, nous poussent néanmoins à le soutenir dans la mise en place d'un projet de logement.

Assez rapidement, Mustapha trouve ce logement sur Namur. Il souhaite accueillir deux chats afin de surmonter plus facilement sa solitude qui reste bien présente en fin de journée et la nuit. Deux chats dont il va prendre soin plus que de lui-même d'ailleurs.

Au-delà de ses difficultés d'être en relation avec les autres, Mustapha est très dégradé au niveau de son hygiène, son logement est peu entretenu et il se retrouve vite avec des difficultés de gestion financière (malgré la désignation depuis des années d'un Administrateur de Biens (AB)).

En fonction donc de ses besoins, nous mettons en place un réseau conséquent pour l'entourer et le soutenir dans sa vie de tous les jours :

- Aides ménagères 2 fois par semaine
- Hospitalisation de jour 3 fois par semaine
- Outreaching par ses référents de l'équipe Philéas et sa référente hospitalisation de jour 1 à 2 fois par semaine
- Entretien téléphonique de soutien
- Visites de son assistante de justice
- ...

Très rapidement, nous sommes confrontés à ses absences répétées, ses arrêts de traitement, des conflits avec le voisinage, avec son propriétaire et son AB qu'il interpelle sans arrêt, ainsi qu'à des re-consommations.

Nous lui proposons des réhospitalisations courtes de 15 jours sur lit de crise afin qu'il puisse se reposer et s'apaiser. Pour se faire, il faut trouver une solution pour ses chats. Les aides ménagères se proposent de passer pour les soigner s'il accepte aussi des soins pour lui-même.

Dans l'urgence, nous devons intervenir plusieurs fois à son domicile :

- Un jour pour hospitaliser en clinique vétérinaire son chat qui a sauté du 4^{ème} étage.
- Un autre jour pour préparer ses plaquettes de traitement car il ne se sent pas bien et ne pourra pas venir en hospitalisation de jour.
- Urgence afin d'intervenir lors d'un conflit avec le compagnon alcoolique de sa voisine de palier.
- Et encore une fois car Monsieur est absent en hospitalisation de jour, ne répond plus à nos appels, et ne s'est pas présenté non plus en consultation programmée chez le psychiatre de l'UPML.

Dans l'urgence, nous organisons une concertation avec son propriétaire et sa voisine car Mustapha est menacé d'être expulsé de son logement. En effet, il harcèle tout le monde, il fait du bruit toute la nuit car il ne dort plus. Il a aussi vidé la litière de ses chats dans sa douche, laissé couler l'eau pendant qu'il allait faire ses courses, et ainsi inondé tous les appartements en-dessous de chez lui.

Cette notion d'urgence et de suivi par ses référents de confiance est importante pour réussir à récupérer à temps Mustapha et le maintenir dans le suivi pour éviter la révocation en AP. Nous lui proposons alors une hospitalisation d'un mois pour apaiser les conflits, reprendre un traitement et arrêter les éventuelles consommations. Très vite, il reprend son souffle et parvient à s'apaiser. Très rapidement, il peut donc retrouver son domicile et reprendre le cours de sa vie.

Mais une semaine après sa sortie, Mustapha nous semble bien exalté, il ne vient pas les trois fois par semaine en hospitalisation de jour comme convenu, il ne reste pas toute la journée, et nous avons à nouveau des doutes quant à son arrêt de traitement et sa consommation possible.

Sa voisine de palier prend contact avec nous : elle est épuisée, nous signale que ce n'est de nouveau plus possible. Les locataires de l'immeuble n'arrivent plus à vivre en toute quiétude.

L'hospitalisation est une fois de plus prévue pour une durée de 7 jours.

Cela fait maintenant 3 ans que l'équipe porte Mustapha pour le maintenir tant que faire se peut dans son logement, à sa demande, mais aussi celle de la justice, et celle de la réforme... Sans ce soutien et ce suivi qui lui est réservé, il deviendrait vite, de par la complexité de sa problématique, un « laissé pour compte »...

Quelques questions

Au travers de cette vignette clinique (et je parle ici de l'histoire d'une personne de plus de 30 ans de parcours psychiatrique et de 15 ans d'emprisonnement), plusieurs questions se posent :

- Au vu de toute l'énergie déployée par le réseau, est-ce réaliste pour les intervenants médico-psycho-sociaux de réaliser ce qui est attendu de leur part en matière de réinsertion des patients dont ils sont en charge ?
- Du fait des très faibles ressources et capacités de certains patients, inhérentes à leur maladie, une réinsertion sociale est-elle envisageable si l'hôpital ne peut se déplacer hors des murs avec une attention de chaque instant, continue, soutenue et dans l'urgence comme peut l'assurer l'équipe upgradée de Philéas ?
- Ne devrait-il pas au moins exister pour ces personnes fragilisées, comme pour d'autres d'ailleurs en marge de la société, des structures au long cours ? Ce qui va évidemment à l'encontre de la réforme des soins de santé mentale...
- Et de surcroît, la société est-elle sincèrement prête à les accueillir ?

Pour terminer, je dirais que tous nos patients souffrent de vivre avec leur maladie et la solitude est provoquée aussi par celle-ci, malgré tous les efforts des intervenants et du réseau. Dans la tête de la personne malade mentale, n'est-il finalement pas presque toujours question d'être laissée pour compte ?

ATELIERS

Finalité et objectif

C'est dans le cadre des ateliers-thématiques organisés l'après-midi du 12 octobre qu'usagers, proches et professionnels de la santé mentale, de l'action sociale et de différents secteurs, se sont mis au travail pour réfléchir à la façon de *mieux rencontrer les besoins des personnes les plus fragilisées, les « laissés pour compte »*. Concrètement, les participants ont été invités à formuler des pistes d'action pour répondre à cette problématique.

- ✓ Les pistes d'action sont retranscrites ici de façon « **brute** » (sous forme de tableaux).
- ✓ En complément à cette retranscription « brute », le CRéSaM a réalisé **une analyse** de l'ensemble de ce matériau, à savoir les 437 pistes d'action formulées dans les ateliers.
 - Les pistes d'action spécifiques à chaque public-cible²⁰ ont été répertoriées.
 - Les pistes d'action transversales aux publics-cibles définis ont été classées en 10 leviers majeurs, leviers qui visent à mieux rencontrer les besoins des personnes les plus fragilisées. Des recommandations en découlent.
 - Le CRéSaM a ensuite mis **le focus sur 7 recommandations**, toutes issues des pistes d'action initialement formulées par les participants.

Cette analyse est disponible sur [le site web](#) du CRéSaM.

Méthodologie

Dix ateliers ont rassemblé près de 261 participants - usagers, proches et professionnels - durant 1h30, autour des six publics-cibles définis : Assuétudes, Grande précarité, JAVA (18-25 ans), Double diagnostic, Internés et Grand âge.

Chaque atelier a été piloté par un animateur selon une *méthodologie commune* :

1) *De qui parlons-nous ?*

Dans un premier temps, les participants ont été invités à définir « qui » ils considéraient comme « laissés pour compte ». En effet, parmi les situations sélectionnées, toutes les personnes concernées ne sont pas pour autant des « laissées pour compte ». Chacun a pu mieux définir quelles étaient pour lui, les situations où les personnes étaient « laissées pour compte ».

2) *Que peut-on faire ?*

Dans un second temps, les participants ont réfléchi aux pistes d'action à proposer pour leur « public-cible » (c'est-à-dire le « qui » précédemment défini). Ils ont été invités à

²⁰ Publics-cibles définis suite à l'appel à participation du CRéSaM adressé au secteur en mars 2017. Six publics-cibles ont ainsi été définis : (1) les personnes vivant avec une assuétude (2) un double diagnostic (3) au grand âge (4) sous statut « interné » (5) les « JAVA (Jeunes Adultes et Vieux Adolescents) » (18-25 ans) (6) les personnes vivant dans la précarité.

nommer ce qui pour eux, devait s'arrêter (STOP), commencer (START) et continuer (CONTINUE). Les participants étaient libres d'évoquer des pistes d'action à tous niveaux - individuel, institutionnel, politique - et de toute nature.

Des fiches-supports ont été utilisées dans les différents ateliers afin de récolter les pistes d'action. Le modèle utilisé est présenté ci-après.

Fiche-support

Comment mieux rencontrer les besoins des personnes les plus fragilisées ?

1. Nous vous invitons à compléter le tableau en répondant à la question ci-dessus
2. Une fois complété, merci de choisir 1 piste d'action (en la surlignant en jaune)

Stop	Start	Continue
Que faut-il arrêter ?	Que faut-il commencer ?	Que faut-il continuer ?
Pistes d'action	Pistes d'action	Pistes d'action

Précautions d'usage et de lecture

Les pistes d'action dont nous rendons compte ici ont été proposées par les participants dans le cadre des ateliers-thématiques du colloque. En les publiant de façon « brute », nous souhaitons rendre compte de la diversité et de la richesse des pistes d'actions proposées tant par les personnes directement concernées (usagers/patients/bénéficiaires) que par les proches et les professionnels ayant participé aux ateliers.

Au total, près de 437 pistes d'action ont été formulées ! Vous constaterez que :

- Les pistes d'action sont retranscrites fidèlement à ce qui a été écrit par les participants sur les fiches-supports proposées dans chaque atelier (voir modèle ci-dessus).
- Les pistes d'action sont très nombreuses et variées, tant dans leur contenu qu'en ce qui concerne le niveau d'action qu'elles visent.
- Les pistes d'action sont juste énoncées. Cela s'explique par la méthodologie utilisée. En effet, réunis à une seule reprise et durant un temps limité (1h30), les participants n'ont eu ni le temps, ni l'opportunité d'explicitier davantage chacune des pistes proposées.

- Certaines pistes d'action peuvent parfois être contradictoires. Les pistes d'action résultent d'une consultation ouverte, les positionnements des participants sur le « que faire » peuvent donc différer. L'objectif des ateliers n'étant pas d'aboutir à un consensus entre les participants, les pistes d'action se doivent donc d'être accueillies comme telles, même si celles-ci divergent entre elles.

Toutes les pistes proposées sont reprises ici, sans aucune censure, en respectant la parole donnée aux participants. Prises comme telles, elles n'engagent pas la responsabilité du CRÉSaM qui ne les a pas produites mais a mis en place un cadre à leur production.

Comment lire les pistes d'action ?



À ce sigle correspond la réponse apportée à la première question « De qui parle-t-on ? »

Les participants ont ensuite complété la fiche-support proposée en répondant aux trois questions suivantes :

- Ce qu'il faut arrêter (STOP)
- Ce qu'il faut commencer (START)
- Ce qu'il faut continuer (CONTINUE)

Les pistes d'action surlignées **en gras** sont celles désignées comme « prioritaires » à mettre en œuvre par les participants.

Exemple :

Stop	Start	Continue
Arrêter la stigmatisation	Développer des campagnes de sensibilisation	Réaliser des reportages-vidéo qui parlent de la santé mentale

Remerciements

Nos remerciements vont à tous les participants des ateliers-thématiques - usagers, proches et professionnels - qui, grâce au partage de leurs expériences et aux nombreuses pistes d'action qu'ils ont proposées, ont contribué à l'identification de recommandations et de leviers pour mieux rejoindre les besoins des personnes les plus fragilisées.

ATELIER 1 | LES PERSONNES VIVANT AVEC UNE ASSUÉTUDE

L'atelier 1 s'est intéressé aux personnes qui vivent avec une assuétude. Mais qui dit « assuétude » ne dit pas « laissé pour compte ». Les participants ont précisé les personnes à propos desquelles des pistes d'action allaient être définies.

- a) Il s'agit des personnes qui souffrent aussi d'une maladie mentale. On parle alors de « double diagnostic » pour désigner les personnes qui vivent à la fois avec une assuétude et une maladie mentale.
- b) Il s'agit des personnes qui sont dans un jeu d'inclusion et d'exclusion vis-à-vis de services/institutions amenées à accueillir d'emblée - ou non - des personnes vivant avec une assuétude.
- c) Il s'agit des personnes isolées géographiquement, habitant hors des centres urbains.
- d) Il s'agit des personnes qui sont stigmatisées à cause de leur assuétude. Stigmatisées par « monsieur et madame tout le monde », mais également lors de leur passage par certains services d'aide/de soins.



a) Double diagnostic (santé mentale et assuétudes)

STOP	START	CONTINUE
Stigmatisation	Centre de Santé Mentale avec ouverture au public double diagnostic	Out-reaching : aller vers le public « laissés pour compte »
Assouplir le cadre : jusqu'où ? Aux niveaux institutionnel et personnel	Plus d'accompagnement au domicile	Unités mobiles d'échange de seringues
Fin des critères liés aux assuétudes dans les services spécifiques « santé mentale » et les hôpitaux psychiatriques	Centre de jour : idem (107)	Souplesse des Centres de Réadaptation Fonctionnelle (C.R.F.) par rapport à la durée et au nombre de personnes consommatrices
Fin de l'isolement institutionnel	Équipes mobiles : créer des collaborations (aux niveaux personnel et institutionnel)	Recourir aux réseaux existants : réseaux à « géométrie variable » et non-discriminants
	Pairs-aidants	Continuer la vie institutionnelle
	Création de structures mixtes adaptées à la problématique du double diagnostic	
	Créer des SCMR (Salles de Consommation à Moindre Risque)	
	Créer des centres socio-sanitaires	

**b) Inclusion/exclusion-Épuisement**

STOP	START	CONTINUE
Stop à la pression liée au résultat : guérison à 5 séances par exemple) (aux niveaux professionnel, politique, usagers)	S'arrêter pour prendre le temps de l'échange et de la rencontre : avec les patients et familles, et entre professionnels (aux niveaux professionnel et politique)	Obligation de moyens mais pas de résultats Laisser du temps au soin (aux niveaux professionnel et politique)
Stop au mythe de la guérison pour tous	Avoir connaissance de ce qui va mieux, de ceux qui vont mieux (au niveau professionnel)	Favoriser une communication qui permette une meilleure compréhension (aux niveaux professionnel et politique)
Arrêter de penser que cela n'arrive qu'aux autres	Sortir de la stigmatisation et ouvrir à d'autres champs du possible	Pair-aidants, groupes d'entraide (aux niveaux professionnel et usagers)
	Des lieux d'accueil « bas seuil » avec le moins de critères d'exclusion possible	Sortir de la plainte et se mettre en mouvement positivement

**b) Inclusion/exclusion**

STOP	START	CONTINUE
Stop aux listes d'attente	Augmenter l'offre de soins au vu de l'augmentation des demandes	Garder des services généraux
Trop de catégories - hyper spécialisation	Mise en place d'une période d'essai avant d'accepter ou non une candidature	Garder le patient au centre et l'impliquer dans son trajet de soin
Arrêter de croire que chaque problème a une solution	Avoir un suivi « encadré » de consommation pour faciliter l'inclusion dans les structures excluant ces problématiques	
	Intégrer des personnes-ressources (ex : usagers en tant qu'expert du vécu) dans les services pour aider à la remise en question du fonctionnement et accompagner l'utilisateur	Idem que dans la colonne de gauche



c) Isolement

STOP	START	CONTINUE
La concentration au niveau des centres urbains <ul style="list-style-type: none">- Professionnels : tout le monde ne doit pas tout faire- Politique : qui-quoi financer	Plus de mobilité des usagers <ul style="list-style-type: none">- Politique : transports en commun- Les autres : bénévole, formule type « mobilité partagée »	Le travail en réseaux, les rencontres entre professionnels pour une meilleure concertation, réorienter Aux niveaux : <ul style="list-style-type: none">- Professionnel- Politique : donner les moyens de ce travail > Les plus petits services n'ont ni le temps ni le personnel pour participer
Politique : subventionner sur base du nombre d'habitants	Délocaliser vers des lieux où les usagers se rendent plus facilement Exemple : des bus de consultation et/ou des consultations dans des lieux neutres	
Stigmatisation liée au manque d'informations et sensibilisation des professionnels	Plus de mobilité des professionnels <ul style="list-style-type: none">- Créer des consultations mobiles c'est-à-dire des lieux qui se déplacent	En lien avec la colonne de gauche : davantage d'équipes mobiles, plus de flexibilité des professionnels En lien avec la colonne de gauche : développer des antennes locales <ul style="list-style-type: none">- Politique : des moyens- Professionnel : bouger, flexibilité
	Des intervenants « relais » : du personnel plus sensibilisé et formé pour faire relais dans les services généralistes	
	Avoir un service de base minimum (médical et psychologique) lié à chaque bassin de soins (et non au nombre d'habitants) <ul style="list-style-type: none">- Politique : modifier les critères de financement au niveau de la création de services	



d) Stigmatisation

STOP	START	CONTINUE
Arrêter de faire de la moralisation intensive sur l'acte de consommation	Envisager l'angle de la santé publique	Etendre les expériences en réduction des risques Aux niveaux politique et professionnel
Cesser la surconsommation matérielle ou immatérielle Aux niveaux politique, citoyen, professionnels	Dépénaliser	Sensibilisation par d'anciens consommateurs dans les écoles, les services de police et les professionnels de la santé en général
	Au niveau politique, réaffecter les moyens dans le préventif et le curatif	
	Au niveau politique : investir dans la pair-aidance (volet assuétudes)	
	Aux niveaux politique et professionnel, mettre en place des salles de consommation	

ATELIER 2 | LES PERSONNES VIVANT AVEC UN DOUBLE DIAGNOSTIC

L'atelier 2 s'est intéressé aux personnes qui vivent avec une maladie mentale et souffrent d'un handicap mental. À l'instar des participants aux différents ateliers, ils ont défini plus précisément qui étaient les personnes laissées pour compte vivant avec un double diagnostic.

- a) Ont été désignées comme « laissées pour compte » les personnes stigmatisées, positivement ou négativement. Par exemple, cela se traduit par des idéalisation excessives ou lorsque l'autisme est mis en lien avec la créativité et la métaphore d'un « autre monde ».
- b) Il s'agit également de personnes dont l'ampleur et la gravité des symptômes sont tels que les structures n'arrivent pas ou plus à rencontrer leurs besoins et/ou ceux de leurs proches.
- c) Les laissés pour compte sont aussi ceux abandonnés par le réseau d'aide/de soins, qui vivent dans des lieux « dépôts » parce qu'inadaptés pour eux.
- d) Les laissés pour compte sont ceux abandonnés par leur famille ou situés dans un « entre deux » : pas tout à fait dans les critères du « handicap mental » et pas tout à fait dans les critères de la « santé mentale ».



a) Stigmatisation (positive ou négative)

STOP	START	CONTINUE
Arrêter d'utiliser des mots compliqués-incompréhensibles du grand public	Donner un rôle/une responsabilité à la personne pour qu'elle se rende compte de ses propres compétences > confiance en soi Outils : art, pièce de théâtre, exposition Quand la personne est valorisée, son estime de soi augmente et l'influence sur les symptômes est ainsi plus positive	Sensibilisation du grand public : financer des films/des œuvres grand public. Le média doit rencontrer la réalité des gens Rôle de l'humour : travail commun entre la personne fragilisée et l'humoriste (attention au respect)
Rester en cercle fermé d'initiés	Ne pas rester entre professionnels	Donner les moyens pour aller à la rencontre des réalités des gens.
La maladie n'est pas l'identité de la personne	Portes ouvertes	Valoriser les pairs-aidants
Ne pas enfermer la personne dans un diagnostic, évolution positive de la pathologie	Encourager l'individu	Rassurer les gens
On est tous concernés par la maladie mentale	Donner une réponse adéquate aux personnes en crise/en demande d'aide (aussi bien le patient que la famille et les proches) : décortiquer adéquatement la demande	

**b) Ampleur et gravité des symptômes**

STOP	START	CONTINUE
Arrêter de faire passer la personne d'un service à l'autre	Préparer les étudiants et les professionnels du psycho-médico-social aux aspects de la santé mentale et de la déficience mentale	Immersion/échange des professionnels et/ou usagers dans des centres de santé mentale et handicap mental
Monter en symétrie (escalade)	Rencontres entre les usagers et les professionnels (comme aujourd'hui)	Déstigmatisation (capsules vidéo)
Ne pas reconnaître ses erreurs	Jeux de rôles : inverser les rôles patient /prof.	Manière d'être en relation
		Rejoindre l'Autre dans sa réalité
		Time-out
		CMI (Cellule Mobile d'Intervention)
		Accepter la différence
		Empathie
		Jeux de rôles (se mettre à la place de...)
		Respect (dire bonjour, excuses...)
		Conseil des usagers et des proches
		Services qui aident pour la réinsertion
		Humour, dédramatisation
		Analyse des causes psycho-médico-sociales

**c) Le travail en réseau**

STOP	START	CONTINUE
Stop aux dépôts	Libérer des budgets pour créer des projets adaptés entre santé mentale et handicap	Continuer à décloisonner au niveau réglementation
Stop à la ségrégation et à la mise à l'écart de certains Déficiants intellectuels (légers > je fais de la place, 1 place pour tous)	Formaliser le réseau et le faire évoluer en n'oubliant pas l'utilisateur comme partenaire et la famille	Groupe de soutien aux familles
Stop au manque de lieux de vie adaptés	Créer des lieux de vie adaptés	Formations
Stop à l'isolement des familles	Formations	Pair-aidance
	1 place pour tous	
	Glissement des financements	
	Groupe de réflexion sur le soutien aux familles	



c) Isolement - Abandonnés par leur famille et le système

STOP	START	CONTINUE
Stop à la segmentation et à un découpage pré-établi des fonctions	Penser la population double diagnostic comme un groupe hétérogène (= problématiques et possibilités différentes) > développer une série d'outils diversifiés et adaptés	Parler des personnes D.D.
Stop à penser et à développer des outils pour le plus grand nombre	Penser et développer des outils pour les situations les plus dramatiques et plus compliquées	Continuer à développer des formations spécifiques
	Plus de soutien pratique aux familles (répit...)	
	Plus impliquer les familles dans les prises en charge	



d) Entre les deux secteurs : handicap et santé mentale

STOP	START	CONTINUE
Arrêter de mettre dans des cases	Formation ciblée : handicap mental et santé mentale	Connaissance personnelle approfondie du réseau
Stop aux « c'est pas moi, c'est l'autre »	Démystification	Mobilisation, motivation
Obligation de résultats, progrès non-objectivables	Rencontres inter-secteurs, travailler ensemble et échanger des pratiques	Réflexions communes
Conflits de territoire	Formation dans les cursus de base	Continuité de la prise en charge
Lourdeur administrative	Individualiser la prise en charge	Interaction entre services
Manque de moyens, de places	Donner du budget, plus de moyens aux équipes qui existent déjà	Expertise des familles et des usagers
Stop aux solutions qui n'en sont pas (répits à répétition par exemple). L'effet est bénéfique mais à court terme	Soutien des équipes (moyens financiers, moyens de se décharger, de parler, de s'entraider, etc.) Possibilité d'échange de services	
La peur	Trouver la bonne articulation, l'équilibre entre les soins à domicile et l'ambulatoire	
Exclusion pour de faux prétextes	Organiser des interventions entre services, tables de conversation	

Segmentation des prises en charge	Création de services avec prise en charge globale, sans morcellement des services, place à la créativité, à l'innovation	
	Rapidité des agréments, subsides pérennisés	
Perte de temps dans la recherche de services adaptés	Rassembler sur une plate-forme commune (Internet) toutes les structures et initiatives existantes – consultable pour tous les travailleurs et usagers. À la façon d'un guide social actualisé (amélioré)	S'appuyer sur les ressources personnelles des travailleurs (contacts) et travail en équipe pour partager ces contacts
Que le traitement ne soit pas revu régulièrement	Table-ronde avec présence de travailleurs des différents secteurs	Les collaborations et les contacts avec les autres services
Mutations des services au détriment des patients (exemple : mutation des services hospitaliers)	Formations de base (exemple : licence en psychologique) plus incluanes (options différentes handicap/clinique)	La multidisciplinarité au sein d'un service (éducateur, assistant social, psychologue, psychiatre)
Refuser des soins par manque de connaissance des problèmes psychiatriques	Des formations et des formations continuées pour tous les acteurs des différents secteurs (! temps et argent !)	Laisser la personne au centre de ses choix de vie
Arrêter de choisir à la place de la personne	Revoir les critères de la psychiatrie	
Rétention d'informations (garder ses contacts pour soi)	Une aide à la jeunesse pour les enfants porteurs d'un handicap	
Attention à l'hyper segmentation	Rétablir un diagnostic régulier	
Manque de cohérence et de continuité entre les différents services	Remettre le patient au centre des préoccupations (« on parle de lit et non plus de patient ») <ul style="list-style-type: none"> - Outil informatique PEPS à venir - Infos pertinentes - Accès au dossier du patient 	Respect du secret professionnel mais aussi possibilité de faire passer des infos
	Avoir une vue globale des difficultés	Continuer à observer les réactions journalières
La surmédication	Plus de personnel soignant (éducatif) médical pour améliorer la prise en charge globale	Continuum dans les prises en charge
Comment établir un diagnostic ?		Soins complets (corps-esprit). Educatif versus thérapeutique
		Parler du patient comme s'il était présent chaque fois

ATELIER 3 | LES PERSONNES AU GRAND ÂGE

L'atelier 3 s'est intéressé aux personnes dites « âgées ». Les participants ont ainsi mis en lumière les personnes âgées les plus fragilisées, pointant ainsi :

- a) Celles qui ont des difficultés financières et sont isolées,
- b) Un « profil gériatrique light »,
- c) Un trouble psychiatrique avéré (hospitalisées ou non).

Pour tenter de mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées au grand âge, des pistes d'action ont été formulées par les participants à l'atelier 3.



a) Isolement/difficultés financières		
STOP	START	CONTINUE
De généraliser et de figer par rapport à l'administration de biens notamment	Revoir régulièrement l'administrateur de biens	Renforcer les connaissances sur les lois de l'administration de biens
De confier l'administration de biens uniquement dans les mains de la justice	Ajouter des intervenants sociaux par rapport à l'administrateur de biens	Renforcer les équipes de bénévoles, formés et encadrés par des professionnels (Hestia/Entraide entre aînés)
Limiter le nombre d'administrés	Faire connaître davantage la loi et renforcer la notion de capacité	
Renforcer les stéréotypes sur l'âge : via les pubs etc...	Il manque de référents sociaux de proximité <ul style="list-style-type: none"> - Permanences sociales - Visites à domicile 	
Arrêter de créer des projets qui ne répondent pas aux besoins des personnes âgées, et qui sont arrêtés très fréquemment > être à l'écoute des besoins des aînés	Mettre l'humain au centre des politiques, des interventions : <ul style="list-style-type: none"> - La personne âgée comme personne adulte disposant de son autonomie, experte de ses besoins - Les intervenants, en leur donnant les moyens d'agir 	

**b) Personnes « jeunes âgées » (profil gériatrique light)**

STOP	START	CONTINUE
Ne pas imposer autant de critères contraignants : réseau social/familial, géographique, financier	Evaluer les besoins de la personne de façon plus globale : autonomie, rétablissement, handicap, isolement....	Les maisons « pirates » : maisons de vie communautaires non agréées, tolérées (attention à privilégier celles qui ont une certaine éthique)
Ne pas cloisonner l'âge d'entrée en établissement quel qu'il soit	Développer le maintien à domicile et augmenter l'out-reaching, les équipes mobiles	Développer une offre adaptée pour ce public-cible à la fois très spécifique et a-spécifique
	Un appel à projet pour les « jeunes vieux » (initiative créative)	

**c) Personnes âgées avec troubles psychiatriques (avec ou sans hospitalisation)**

STOP	START	CONTINUE
Arrêter les structures maltraitantes et abusives (maisons pirates)	Formation des professionnels sur les troubles psychiatriques (infirmier en MR, aide familiale) : écoles, Services Psychiatriques à Domicile (SPAD), etc.	Renforcer avec un référent psychologue les services d'accompagnement à domicile : aide familiale, aide sociale, aide administrative, et développer les nouvelles structures
Cloisonnement des secteurs	Créer des référents psychologues dans les MR (comme le référent « démence ») et à domicile	Renforcer la présence des secteurs de l'aide sociale dans les réseaux en santé mentale
	Développer de nouvelles catégories de structures à la croisée de plusieurs générations/secteurs...	Poursuivre la réflexion sur l'assurance autonomie
	Développer des structures communautaires de petite taille, au cœur de la cité avec une équipe de soins adaptée (pas trop/pas trop peu)	Développer les offres en santé mentale accessibles : initiatives spécifiques en SSM, équipe mobile (et formation des professionnels en santé mentale par rapport au public des PA)
	Renforcer le soutien aux aidants-proches : formations, soutien financier ou de temps, groupes de parole et les mettre en place	
	Elargir les critères d'inspection (hébergement et soins)	
	Développer des hôp. psycho-gériatriques de jour	
	Baliser/faire respecter la loi de protection des personnes	

ATELIER 4 | LES PERSONNES SOUS STATUT « INTERNÉ » (STATUT MÉDICO-LÉGAL)

L'atelier 4 s'est intéressé aux personnes sous statut d'internement (statut médico-légal) en particulier :

- a) Aux personnes « oubliées »
- b) À celles et ceux dont les proches sont en difficulté
- c) Aux personnes stigmatisées



a) Les « oubliés »

STOP	START	CONTINUE
L'enfermement de longue durée	Transférer les internés directement à l'hôpital sans passer par la prison ou sans y rester trop longtemps	Activités culturelles et activités externes
L'architecture des bâtiments accueillant les internés	Mettre en place un centre d'expertises diagnostiques	Poursuivre les projets Trajets de Soins Internés (T.S.I.)
Stopper les mauvaises expertises en octroyant plus de temps et de ressources humaines	Plus de recherches scientifiques pour objectiver les besoins et les difficultés des usagers	Améliorer la formation du personnel soignant (Toxicomanie-Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (A.I.C.S.))
Arrêter la prise en charge des soins par le ministère de la justice > ministère de la santé	Prise en charge des soins par le ministère de la santé comme à l'hôpital	Augmenter les équipes mobiles pour l'accompagnement de la réinsertion
Stopper l'incarcération dans les prisons	Accélérer le flux des lieux d'enfermement vers des lieux de soins réguliers	Augmenter les places en IHP et en MSP
Stopper la surmédication	Association ou groupe de soutien aux familles et patients	Améliorer la qualité de l'encadrement soignants-soignés
	Création d'ateliers de travail pour les internés	
	Faciliter l'octroi des autorisations de sortie (pour la recherche de travail...)	
	Renforcer les équipes de soins	
	Création de logements socio-médicaux	
	Sensibilisation des citoyens, des entreprises	
	Création d'habitations protégées	
	Augmenter les visites des proches dans les prisons	
	Gratuité des soins	

	Fixer une durée déterminée à l'internement (max. 2-3 ans) sauf profils extrêmes	
	Diminuer le coût des Maisons de Soins Psychiatriques (M.S.P.)	



b) Les proches en difficulté

STOP	START	CONTINUE
Arrêter de les exclure	Impliquer les familles dans le parcours d'internement en tenant compte de leurs ressources mais aussi de leurs limites	Poursuivre le soutien et l'implication des familles comme ressources
Stopper la pression mise sur les personnes internées qui, en cascade, impacte la famille (les proches)	Informier spécialement sur la mesure d'internement	Dégager des moyens spécifiques pour continuer à développer des initiatives de soins sous différentes formes en ambulatoire et résidentiel (avec habitat spécifique)
Arrêter de culpabiliser les familles et de ne pas leur faire confiance	Prévoir un dispositif qui offre de l'information sur les trajets de soins. Exemples : - Centre de référence - Équipes spécialisées dans l'accueil des personnes internées	Poursuivre les groupes de psycho-éducation
	Accueil et bienveillance des familles/proches	Donner une visibilité accrue à tous les dispositifs de soins créés ces dernières années/derniers mois
	Développer/mettre en place des groupes familles	Continuer les groupes multi-familles
	Soutenir des initiatives privées pour créer des habitats mixtes	Poursuivre les concertations avec la famille
	Tenir compte de la situation financière des personnes internées, qui impacte aussi la famille/les proches	Poursuivre le développement de centres de référence pour les familles en intégrant le critère de proximité géographique
	Tenir compte de la situation administrative des personnes internées	
	Inclure les familles dans la loi sur l'internement	



c) Les stigmatisés

STOP	START	CONTINUE
Le statut de la personne : il s'agit d'une personne à soigner > sensibilisation et information/formation de la société par rapport à la psychiatrie et l'internement	Connexions entre les différents réseaux	Service de coordination « grande précarité/relais sociaux »
La désinformation dans les médias	Créer plus de centres de psychiatrie légale	Relation d'aide débutée dans les services hospitaliers à l'extérieur
Placer les personnes dans une « anormalité »	Préparer la sortie dès le début	Créer des liens
Le cercle vicieux d'une société qui veut se protéger – cette société colle à l'interné une étiquette qui le stigmatise/l'exclut, risque de lui faire « péter un câble » et de lui faire commettre un acte destructeur : retour à la case départ et ainsi de suite		Journées « portes-ouvertes » des services/ activités extérieures
Placement en annexes psychiatriques de prison		
Arrêter les frais trop importants pour les dossiers		

ATELIER 5 | LES JEUNES ADULTES ET VIEUX ADOLESCENTS (JAVA)

L'atelier 5 s'est intéressé à la période de transition des Jeunes Adultes et Vieux Adolescents (JAVA) dont l'âge se situe entre « 18 et 25 ans ». Parmi ceux-ci, les participants à l'atelier ont pointé comme « laissés pour compte » :

- a) Celles et ceux dont le parcours scolaire ou de formation n'est pas terminé
- b) Les jeunes à la rue
- c) Les Mineurs Etrangers Non Accompagnés (MENA)
- d) Les jeunes sortant d'institution ou qui doivent la quitter à leurs 18 ans
- e) Les jeunes qui consomment



a) Scolarité, formation, travail		
STOP	START	CONTINUE
Arrêter de stigmatiser, de faire des catégories	L'école oriente et renvoie le jeune vers les structures existantes d'accompagnement, en assure le suivi	Travailler plus l'estime de soi au sein de l'école par un enseignement qui reconnaît au jeune des capacités, même si elles ne sont pas forcément scolaires > problème du programme imposé, de la formation des professionnels. Travailler le vivre-ensemble.
Forem : si pas de droit aux allocations, pas de contrôle et donc pas d'accompagnement d'office : le jeune doit se débrouiller > Redonner cette mission au Forem plutôt que l'enlever	Allocation de recherche d'emploi	Continuer de favoriser 1 système de crédits obtenus dans différentes matières (beaucoup plus larges que français/math/etc) : un sport, une technique, un art... Plutôt qu'un programme imposé avec objectif défini
Arrêter le conditionnement d'accès à des avantages (par ex. réduction) en fonction du fait d'être bénéficiaire ou non d'allocations	Avoir un accompagnement hors école qui travaille les compétences sociales (1 référent...)	Continuer la valorisation des filières techniques et professionnelles
Arrêter de faire des généralités et attendre la même chose de tous les jeunes	Donner plus de moyens aux écoles (de l'argent, du temps...) pour développer les compétences sociales et personnelles	
Arrêter d'avoir des programmes standardisés uniquement centrés sur les compétences techniques et intellectuelles	Sensibiliser les employeurs à engager des jeunes non-expérimentés, avec un accompagnement adapté	



a) Les jeunes dont la scolarité n'est pas terminée

STOP	START	CONTINUE
Conditions d'admission à un métier ou une formation trop strictes ou purement administratives (question d'âge par exemple) Par exemple, les élèves doivent échouer au Certificat d'Etudes pour le 1 ^{er} Degré (CE1D) pour avoir accès au qualifiant ou au professionnel	<ul style="list-style-type: none">- Arrêter les conditions liées à l'âge- Ne pas limiter une formation aux chercheurs d'emploi- Accéder au qualifiant même sous l'obligation scolaire à temps plein	L'offre diversifiée des formations, des « ponts » et les filières.
	Adapter les conditions de manière plus personnalisée et réaliste	L'aide financière aux études et aux formations (par l'État)
	Permettre les reconversions professionnelles	
	En gros, assouplir les conditions d'accès à toutes les formations - Que la motivation soit la première considération	



b) Les jeunes à la rue

STOP	START	CONTINUE
Limite fixe de la majorité civile (18 ans)	Concertation entre les différents niveaux de pouvoir pour prendre des dispositions compatibles dans les autres niveaux de pouvoir	Réseau « 107 » et « enfant » avec un lien entre les deux niveaux
Dévaloriser les filières scolaires professionnelles	Revoir le statut de minorité prolongée (professionnelle ou en alternance)	
	Maisons « bas-seuil » pour enfants/ados (avec équipe professionnelle formée)	
	Structures mères-enfants, ados, « JAVA » : encadrement, aide, maison d'accueil	
Se retrouvent dans des abris de nuit avec une population adulte, au milieu de problématiques de rue. Pas idéal pour des jeunes qui démarrent un parcours de rue	Abris de nuit adaptés à cette tranche d'âge	Plus de place dans les abris de nuit
	Formation des professionnels qui travaillent en rue de travailler avec les ados	
	Plus d'échanges entre les professionnels de la rue et ceux en institution ; plus d'échanges entre l'aide à la jeunesse et les travailleurs de rue	



c) Les Mineurs Etrangers Non Accompagnés (MENA)

STOP	START	CONTINUE
Notre a priori : tout le monde peut vivre seul	Proposer des habitats groupés mixtes (âge-culture-difficultés-statut économique...) <ul style="list-style-type: none">- pour prendre soin des autres- se baser sur leur point fort pour veiller à une meilleure cohésion- sensibilisation-information sur l'anxiété qui apparaît lorsqu'on vit seul, en autonomie + information sur les ressources existantes	Meilleure visibilité de l'offre de soins, de soutien, d'aide, d'accompagnement (attention au langage utilisé pour être compris par un maximum)
Casser le stéréotype de la vie réussie : 1 conjoint, 1 garçon, 1 fille, 1 chien, 1 jardin	Possibilité de reprendre contact avec les éducateurs chargés de leur supervision dans les 6 premiers mois de leur autonomie pour des trucs et astuces du quotidien	Privilégier les contacts avec leur famille (dans les pays d'origine ou d'autres régions/pays)
Le statut cohabitant (au niveau financier) dès que le jeune souhaite vivre en communauté : pouvoir garder les revenus suffisants pour pouvoir garder son chez soi avec d'autres > pour que la survie financière ne vienne pas entraver l'épanouissement personnel		Partir des besoins/souhaits des jeunes et pas seulement se baser sur leurs difficultés pour créer des liens et un autre point de départ que la difficulté ou la maladie



d) Les jeunes sortant d'institution

STOP	START	CONTINUE
Arrêter les changements incessants de législation qui rendent le système illisible et complexifie la prise en charge	À commencer dans l'institution : <ul style="list-style-type: none">- Aider le jeune à exprimer quels sont ses besoins ; la manière dont il se voit, comment il se projette, selon ses besoins > comment faire ? Par quelles méthodes et quels outils ?- Apprendre ce dont on a besoin dans la vie réelle niveau administratif, etc. au bon moment : Les institutions le font mais les jeunes sont encore immatures > y réfléchir en A.M.O. pour éviter la dégringolade dans la rue, les assuétudes, etc...- Créer des logements « de passage » entre la sortie de l'institution et le logement classique- Détecter de manière précoce des soucis psychiatriques + créer des outils pour faciliter l'accès à l'information et la mise en place de dispositifs pour que le travailleur quel qu'il soit puisse orienter correctement vers le service adéquat (ex : le professeur)- Accompagnement des jeunes par des services généralistes de 1^{ère} ligne pour faire la transition entre l'Aide à la jeunesse, l'AVIQ et le monde adulte Manque de moyens ! Attention particulière aux bons relais	À poursuivre ensuite : par qui ? <ul style="list-style-type: none">- Services d'accompagnement post-hébergement- Continuer à impliquer les parents dans la situation du jeune de 18 ans (prise en compte de la famille et de l'entourage au moment de la première rupture) > facilite le processus par la suite
Arrêter d'exclure les parents du processus quant au parcours de leur enfant dès 18 ans		
Arrêter de considérer que la maturité arrive au même âge pour chacun		
Arrêter de considérer que la maturité arrive au même âge pour chacun		

**d) Les jeunes qui sortent d'institutions à leurs 18 ans**

STOP	START	CONTINUE
Arrêt brusque à 18 ou 21 ans	Pouvoir prolonger un accompagnement réel vers l'autonomie après 18 ou 21 ans, prolonger les compétences de l'aide à la jeunesse. Vrai dispositif de mise en autonomie	Les services de psychiatrie pour une tranche d'âge 16-25 ans avec projet spécifique autour de la transition dans la vie adulte
Avoir des attentes irréalistes en termes d'autonomie	Fonction de liaison, de fil rouge qui peut rester un référent pour le jeune même après le passage dans les équipes adultes/le passage à l'âge adulte. Une personne de référence. Qui est cette personne de référence ?	Idem avec les équipes mobiles qui ont été construites jusque 23 ans
Les mettre dans les mêmes dispositifs que les adultes	Méthode de travail où le professionnel est le garant du lien, investissement du lien pour résister aux ruptures	

**e) Les jeunes qui consomment (drogues, alcool...)**

STOP	START	CONTINUE
		Développer les espaces de consommation responsable
		Davantage de contrôle par rapport aux règlements qui existent
		Plus de prévention, changer le rapport des adultes à l'alcool, changer les cultures



f) Sphère familiale problématique

STOP	START	CONTINUE
Quand les structures familiales sont destructives pour le jeune, s'obstiner à les maintenir en famille	Structures adaptées à la tranche d'âge 18-25 ans	Prévention familiale dès la petite enfance. Travail au sein des familles afin de prévenir au plus tôt et éviter les grosses difficultés à l'adolescence
Cloisonnement des institutions	Travailler l'autonomie très tôt (plus jeune) et prévoir plus de temps	Services d'accompagnement (aide à la jeunesse). Renforcer les parents dans leurs compétences. Renforcer le maintien en famille. Accompagnement, appui à domicile. Réinsertion du jeune au sein de la famille
Catégorisations	Adapter les structures psychiatriques par rapport à la mise en observation judiciaire	Services de mise en semi-autonomie pour jeunes dès 16 ans pour préparer l'après 18 ans autonomie
		Habitations protégées (vie en communauté mais encadrée). Viser l'autonomie
	Parrainage des jeunes adultes (échanges de services). Rompre isolement et solitude	Parrainage (service) pour les jeunes
		Accompagnement des familles

ATELIER 6 | LES PERSONNES VIVANT DANS LA PRÉCARITÉ

L'atelier 6 s'est intéressé aux personnes vivant dans la précarité. Parmi elles, les participants ont privilégié les situations des « laissés pour compte » suivantes :

- a) Les personnes bénéficiant d'allocations sociales
- b) Les personnes qui n'ont pas accès à l'information
- c) Les personnes Sans Domicile Fixe (S.D.F.)
- d) Les personnes « entre-deux » qui ne sont attendues nulle part
- e) Les personnes victimes des normes
- f) Les adultes désaffiliés/isolés
- g) Les jeunes de plus de 18 ans sans papier
- h) Les enfants en carence affective sévère
- i) Les familles monoparentales

Pour tenter de mieux rejoindre les personnes les plus fragilisées vivant dans la précarité, des pistes d'action ont été formulées par les participants à l'atelier 6 « Précarité ».



a) Les allocataires sociaux		
STOP	START	CONTINUE
La stigmatisation	Décloisonner	Accès à la culture en général
La complexification des procédures	Mixer les publics	Aller à la rencontre du public
Stopper la médecine et le système de soins à deux vitesses	Informier - Travailler en réseau	Sortir de ses murs
Arrêter de rigidifier les systèmes, les institutions	Mieux se connaître - partager l'info	Les voir comme personnes avant de les voir comme allocataires
Les réglementations > les assouplir pour que les gens tombent dans les interstices (entre-deux)	Simplifier l'accès aux services	Soutenir les initiatives locales à thématiques qui touchent tout le monde (jardin collectif)
	Assouplir les règles	Favoriser - Développer la concertation
	Augmenter les allocations sociales	Mise en commun du savoir - de ce qui existe - connaissances du réseau
	Soutenir l'action collective : lui donner des outils	Continuer à co-construire entre services

	Favoriser l'allocation universelle	Continuer à prôner des valeurs (individuelles - collectives)
	Favoriser l'accès au logement en général	Réapprendre la citoyenneté (être plus qu'avoir > humain, social)
	Réduire les inégalités sociales	Que les bénéficiaires puissent continuer à nommer les besoins
	Prendre les personnes à partir de ce qu'elles sont	Favoriser le développement des structures de soutien d'aide psychologique
	Voir les potentialités en les ressources humaines - favoriser la projection dans l'avenir, qui permette l'expression de la potentialité	
	Respecter la parole	



b) Les personnes qui n'ont pas accès à l'information

STOP	START	CONTINUE
Perte de droits par « erreurs » administratives	La possibilité d'un lien à des personnes qui à long terme peuvent faciliter l'accès à d'autres services ou aider dans un lien de confiance	Services d'accompagnement dans leur réel
Aux logiques bureaucratiques violentes	Penser les métiers d'aide avec une polyvalence, une flexibilité des fonctions pour pouvoir suivre la demande, le besoin de la personne	Le partage d'expertise et d'expérience par les pairs
L'injonction d'autonomie qui empêche les relais vers des services auxquels ils auraient accès	Avoir dans les services un interlocuteur facilitateur pour les personnes qui ont des difficultés de communication (agressivité, confusion, langue, limites intellectuelles...)	À donner de l'information à des personnes qui ne le demandent pas
Croire que les gens ont compris parce qu'on a dit	Revenu universel	
L'obligation de passer par les nouvelles technologies pour des démarches vitales		
Faire de la pub sur les « droits » et, en réalité, écraser avec les devoirs		



c) Les Sans Domicile Fixe (S.D.F.)		
STOP	START	CONTINUE
La fatigue physique de la personne sans abri	Augmenter les lieux d'accueil, de repos, des sanitaires accessibles, abris de jour....	Les collaborations dans les lieux d'accueil
Arrêter le cloisonnement institutionnel (profil...) et celui du cadre (rigidité)	Assouplissement des fonctionnements	Augmenter et maintenir le travail en réseau
Manque de formation en santé mentale des intervenants psycho-sociaux travaillant avec les personnes sans-abri	Arrêter les injonctions irréalistes	Favoriser les micro-objectifs et mettre en avant les micro-réussites
Au rapport hiérarchique des savoirs	Amener les notions d'anthropologie dans les études (psychiatre, psychologue, infirmiers....)	Travailler la créativité, l'assouplissement du cadre
Aux critères de validation des politiques qui se basent sur des résultats	Pouvoir rester un lieu neutre	Favoriser et développer les apprentissages : anthropologie, théorie, santé mentale...
Le manque de subventionnement, de moyens financiers et matériels au niveau du secteur extrahospitalier et les plus proches des personnes sans abri	Travail de rue pour approcher la réalité des personnes sans-abris	
À la surcharge des exigences administratives qui pèsent sur la personne... et le travailleur	Garder et favoriser l'humilité des professionnels. Etre réellement à l'écoute de la personne qui a aussi à nous apprendre	
	Etre dans le lien social et humain, accepter de prendre le temps. Etre présent sans exigences	
	Présence humaine et empathique, entrer dans le monde de l'autre	
	Avec ses particularités	
Ne pas être dans l'affectif et l'investigation	Assouplir le cadre institutionnel	Empathie
L'assistantat		Accueil chaleureux, écoute
Proactivité excessive		Travailler la créativité
Eviter de ne travailler qu'une seule problématique		Faciliter les « entre-deux », prises de contact avec le réseau
Les jugements, a priori, stéréotypes		Articulation, bonne connaissance du réseau
		Travailler le bas seuil



d) Les personnes « entre-deux » et attendues nulle part

STOP	START	CONTINUE
De travailler en verticalité (sans tenir compte du trajet de soin de la personne)	De travailler l'interdisciplinarité, l'inter-réseaux et entre différentes de contact →	À maintenir et à développer
De régenter une politique de santé mentale qui met tout le monde dans le même sac (politique à court terme non efficiente)	De développer les équipes mobiles →	À maintenir et à développer
De refuser les personnes qui ne rentreraient pas dans les normes du public-cible accueilli par telle ou telle institution. Exemple : une maison d'accueil qui n'accepte pas les personnes toxicomanes	Projet « vis ma vie » : immersion dans un cadre de travail différent afin d'en connaître la logique. Exemple : les travailleurs sociaux de rue qui viennent travailler en hôpital et inversement	L'échange et la formation permanente des professionnels
De catégoriser les personnes	Prendre de la distance par rapport à la norme/cadre de travail. Exemple : un assistant social devrait sortir davantage de l'hôpital pour accompagner les bénéficiaires dans une autre institution (assurer un relais)	Se recentrer sur l'humain
De penser que tout le monde va pouvoir se réinsérer dans la société		
D'exercer une pression permanente sur les travailleurs		
De pratiquer la logique de l'égoïsme		



e) Les victimes des normes		
STOP	START	CONTINUE
Arrêter de voter des lois qui excluent encore plus les personnes (exclusion des chômeurs, assuétudes, double diagnostic, accès aux revenus, contrôle de plus en plus strict...)	Simplifier les procédures administratives	Continuer à subsidier les services existants plutôt que d'en créer d'autres
Arrêter la confusion des rôles (une assistante sociale n'est pas là pour contrôler)	Augmenter les moyens des personnes	Continuer la prévention sur les valeurs de solidarité, collectivité, dans chacun des domaines
Arrêter la multiplication des rôles	Augmenter les subsides des institutions	Les liens et réunions de réseau, concertations
Arrêter les cases rigides car la personne entre soit dans plusieurs (et elle devrait rentrer que dans une) soit dans aucune	Elargir le regard des différents services tout en gardant les spécificités de chacun	La formation continue des travailleurs
Que les personnes qui prennent des décisions soient des personnes de terrain ou qu'elles soient vraiment impliquées, qu'elles prennent le temps, faire appel à des experts de terrain	Augmenter la flexibilité financière plus au cas par cas (pour 1 euro une personne est exclue)	La solidarité
Différence entre théorie et pratique : le manque de nuance et de souplesse ne permet de rencontrer la personne dans sa spécificité et notre spécificité	Penser notre travail comme des bénéfiques et pas comme un coût. Se centrer sur le qualitatif plutôt que le quantitatif	Travailler sur les préjugés
	Ecouter les professionnels de terrain	
	Augmenter la tolérance, les différences, l'intégration	

**f) Les adultes désaffiliés/isolés**

STOP	START	CONTINUE
Accompagnement sous contrainte	Sortir de la zone de confort	Actions de proximité (Repair café)
Préjugés de l'intervenant	Oser aller à la rencontre du monde de l'autre	Renforcer et soutenir en actions sociales de proximité
Quantifier/mesurer	Prendre le temps	Concertation en santé mentale
	Intervisions (supervisions) aussi en inter-services	Décloisonner les pratiques
	Co-errance	Pluridisciplinarité
	Sortir de l'infantilisation en misant sur la co-gestion et la coparticipation (professionnels-usagers)	Créativité, nouveaux dispositifs

**g) L'enfant en carence affective sévère**

STOP	START	CONTINUE
Arrêt de la violence (morale, physique) → SPJ, SAJ (enfant en danger)	Placement institution/famille	Aide en milieu ouvert > aide à l'éducation, aide psychologique
Le milieu familial toxique → AMO	Réintégration de l'enfant à plusieurs niveaux : <ul style="list-style-type: none"> - scolaire/extra-scolaire - recréer un espace de parole pour les parents (encadré) - thérapie individuelle - réintégrer petit à petit dans le milieu familial (ex : 1 WE sur 2) > Réintégration totale - parents : suivi thérapeutique et financier (dettes, logement, travail, revenu) 	Thérapie individuelle et/ou familiale
	Mettre l'enfant en sécurité si nécessaire chez proches au pire des cas dans une institution	Suivre la scolarité



h) Les jeunes + 18 ans sans papier

STOP	START	CONTINUE
De se soumettre à la politique de l'exclusion engendrée par le fédéral, la discrimination	De mobiliser les équipes autour de ce public	De loger les sans papier (2000 logements/soin via facebook)
Des politiques qui disent oui et non dans la même phrase, les lois qui se superposent et s'annulent	De mettre de la souplesse dans la procédure d'accès aux soins de santé en milieu hospitalier (aide médicale urgente)	Promouvoir la société civile (pub AIS)
La politique migratoire	Faciliter l'accès à l'adresse de référence	Renforcer le travail de rue (nuit et jour) avec des conditions de travail des professionnels
	Proposer l'inconditionnalité aux soins de santé et sociale (aide alimentaire...) sans attendre l'autorisation des pouvoirs publics	
	Trouver des pistes pour la scolarité, la formation	
	Parrainer, continuer à tisser du lien autour de la personne sans papier qui a été trop souvent dans la rupture	



i) Les familles monoparentales		
STOP	START	CONTINUE
Discrimination hommes/femmes dans le milieu professionnel (engagements/recrutements)	Augmenter l'accès aux logements sociaux	Lieux de parole ouverts aux femmes et aux enfants (hors milieu psy)
Inégalités des salaires hommes/femmes	Augmenter les places et l'accès en milieu d'accueil (halte-garderie, crèches...)	Développer des garderies dans les lieux de loisirs - ouvrir des espaces enfants admis
Conditionner les accès en milieu d'accueil (aux revenus, aux statuts), l'accès aux études, au logement, aux loisirs, aux aides à domiciles...	Augmenter les aides à domicile (courses, ménage, enfants malades...)	Soutien à la parentalité pour éviter les burn out
Lier les revenus de remplacement au statut des cohabitation/isolement	Congé « monoparental »	Privilégier les gardes alternés (sauf contre-indications)
	Equipes mobiles-outreaching partant des services de 1^{ère} ligne (crèches, écoles mais problème de l'anonymat... ou dans les communes, CPAS, ONE ?). Equipes qui iraient vers des familles précarisés	Revoir l'accès/la durée du congé parental
		Réseau de solidarité citoyenne
		Information grand public sur la précarité - prévention
		Revaloriser les revenus dans certains emplois plus précaires pour éviter une dynamique qui pousserait les gens à garder un revenu de remplacement plutôt que travailler

CONCLUSION

Mise en perspectives des pistes d'action

Christiane Bontemps,
Directrice du CRéSaM

Tout d'abord, merci à tous pour votre participation active aux ateliers. D'après les premiers échos, chacun s'est bien mis au travail pour trouver des réponses à ces situations de « laissés pour compte ».

Six thématiques et dix ateliers, c'était un fameux challenge. Merci à tous les animateurs qui ont accepté de piloter ces mises au travail de main de maître. On avait décidé de ne pas faire de compte rendu exhaustif des ateliers. Mais, ici, dans l'assemblée, il y a une série de représentants de fédérations, d'associations voire de groupes parlementaires, qui sont aux premières loges pour se saisir de ce qui a été dit. Ils ont été répartis dans les ateliers et vont à présent nous communiquer ce qu'ils ont envie de retenir, ce avec quoi ils ont envie de repartir et de travailler dans leurs réseaux. Pas question de s'engager dans l'immédiat mais simplement communiquer ce que chacun, compte-tenu de son histoire et de son implication professionnelle, a envie de partager avec sa structure pour faire avancer la situation.

Nous allons travailler par ateliers et chacun pointera un seul élément, ce qui l'a marqué le plus comme réflexion ou proposition mais il est évident que le CRéSaM va continuer à travailler autour de l'ensemble des pistes d'action qui ont été évoquées.



Parole aux observatrices et observateurs d'ateliers

Atelier 1 « Assuétudes »

Laurence Przylucki

Fédération Des Institutions pour personnes Toxicomanes (FEDITO)

Bien sûr, beaucoup de choses ont été dites dans l'atelier. Il y en a une qui m'a marquée. Je vais le dire avec mes mots. Des participants ont estimé qu'il n'était pas possible d'envisager la guérison pour toutes les personnes qui ont une problématique d'assuétudes et de dépendance. Mettre fin à ce mythe de la guérison possible pour tous pourrait être vachement facilitateur et ouvrir des portes pour des nouveaux modes de prises en charge et des nouvelles politiques en la matière.

Thierry Lottin

Wallcura

Je ne vais pas répéter ce que Laurence a dit, je vais essayer de me démarquer plutôt. Beaucoup de choses ont retenu mon attention. J'en choisis une, allez deux !

Il a été dit que si vous consommez, on ne vous prend pas, on ne vous accueille pas, parfois on vous rejette. En fait, cela m'a amené une réflexion au niveau des pistes à prioriser par la suite. Il serait intéressant d'envisager des hébergements spécialisés, avec une équipe spécialisée pour accueillir ces personnes qui ont une problématique particulière parce qu'autrement, elles se retrouvent laissées pour compte.

La deuxième chose, c'est d'« aller vers ». Ce sont des mots qui ont été à plusieurs reprises énoncés. C'est-à-dire se déplacer jusque sur le territoire des personnes, avec respect. Et donc, cela veut dire se délocaliser vers une série de lieux où les « laissés pour compte » ont envie de se rendre et peuvent passer.

Atelier 2 « Double diagnostic »

Frédéric Bourlez

Ligue Nationale pour personnes Handicapées et services spécialisés (LNH)

Je dois dire que j'ai abordé les ateliers de cet après-midi en qualité d'observateur mais quand même outillé par le tuilage de Luc Fouarge de ce matin. C'est vraiment un terme que je voudrais épingleur du côté de la cohérence du réseau. Puis, je voudrais revenir sur la considération d'Olivier Douville qui, pour arriver à soigner le « punk à chien », plutôt que de l'aborder directement, s'est un peu préoccupé de son chien. Plutôt passer par l'objet que de s'adresser trop frontalement au sujet.

Alors, en une phrase, la piste à prioriser qui ressort du groupe de travail serait de créer une plateforme web qui centralise de façon intersectorielle et interprovinciale, régulièrement remise à jour, et qui intègre l'ensemble des services et formations, tel un guide social amélioré intégrant les projets au cas par cas.

Mathieu Daele

Député wallon et communautaire, Ecolo

Bonjour, en effet, je suis député wallon du groupe politique Écolo. Alors, petite parenthèse : je suis député mais « avant » j'étais assistant social. Je le serai encore « après » et c'est ce qui aiguise mon intérêt pour les politiques sociales, Madame la Ministre.

Une des pistes qui ressort, et c'est d'ailleurs une des choses qui me tient particulièrement à cœur, c'est la création de services avec prise en charge globale, sans morcellement. C'est le gros problème qu'on constate actuellement. Les mots-clefs dans l'atelier, c'était « stop à la segmentation », « décloisonnement », « multidisciplinarité ». Donc, sans morcellement des services, de manière intégrée avec le lieu de vie en ce compris la mobilité et les soins. Une approche qui part d'un projet individualisé où c'est la personne qui est le projet et non l'institution. Et, pour pouvoir arriver à ça, un élément important est que cela puisse se faire dans de petites structures. Par ailleurs, c'était une proposition que j'avais faite à votre prédécesseur, j'imagine que les papiers passent de l'un à l'autre. Mais bon, ça... les parlementaires proposent, les ministres disposent !

Véronique Bauffe

Santhéa

Je ne vais pas répéter les observations d'une partie de mes collègues. Le développement de lieux de soins pour le public « double diagnostic » est régulièrement cité mais aussi le fait de soutenir l'information et la formation des professionnels par rapport à ce public particulier.

Atelier 3 « Grand âge »

Siméon De Hey

Fédération Des Services Sociaux (FDSS) wallons

Un mot qui a retenu mon attention lors de la définition du public, c'était la « perte » : perte d'autonomie, perte de son entourage, désagrégement de ce qui se trouve autour de la personne et, du coup, celle-ci se retrouve un peu dépossédée. Concernant ce qui m'a étonné tout au long des discussions, je ne suis peut-être pas habitué à ce secteur, c'est la mosaïque d'institutions et le morcellement de toutes sortes d'organisations et de services qui prennent en charge un public très spécifique et laisse d'autres sur le carreau. Une des pistes qui a été envisagée est notamment le décloisonnement en imaginant des structures et des services spécifiques et a-spécifiques. C'est-à-dire être spécifique en sortant de la spécificité. Et en mettant l'humain au cœur des interventions.

Stéfania Marcella

Fédération des Maisons Médicales (FdMM)

Ce qui caractérise le public, en tout cas, c'est ce qui ressort quand on en parle : la perte et l'isolement. On a essayé d'identifier l'âge et on se rend compte qu'on ne sait pas vraiment identifier l'âge auquel la personne deviendrait âgée. Mais en tout cas, la question de l'isolement et de la perte, elle, revient. L'isolement a surtout une connotation pathologique. Mais c'est difficile d'identifier si c'est l'isolement qui renforce la perte, ou si c'est la perte qui provoque l'isolement.

Parmi toutes les réponses disponibles en termes de soins, on est soit dans une logique de réhabilitation et ce n'est pas toujours adéquat pour ce type de public, soit on est dans une logique de placement et alors là il y a quelque chose qui s'arrête et qui s'éteint. Ce n'est pas tout à fait juste ce que je dis, car il y a d'autres réponses possibles et je vais un peu vite...

On s'est mis à rêver en termes de réponse alternative qui serait une réponse à mi-chemin entre la réhabilitation et les soins, en sachant que la rencontre fait soin. Une des pistes qui a été proposée et qui serait intéressante à développer, c'est la création et le développement d'équipes mobiles, avec une attention particulière à la temporalité. Avec la nécessité de prendre le temps en sachant que la relation fait soin.

Atelier 4 « Internés »

Virginie Delarue

Fédération des Initiatives d'Habitation Protégée (FIHP)

On a travaillé autour des internés. On a souhaité savoir ce que signifiait « internés » et pour beaucoup de participants à l'atelier, c'était les « oubliés du temps ». Il y avait une difficulté de donner un délai par rapport à la prise en charge, contrairement aux condamnés où il y a une fin de peine. Donc, l'idée serait de pouvoir limiter l'internement dans le temps selon les profils de risque parce que justement les prises en charge sont difficiles à déterminer.

Mahé Aja

Santé Mentale et Exclusion Sociale Belgique (SMES-B)

Pour moi, c'était le besoin de développer des solutions innovantes, alternatives, au niveau de la réinsertion et notamment au niveau du logement. Je vais parler d'un projet, plus qu'un projet, le Housing First. Et surtout l'importance de mettre en place, de soutenir et d'appuyer par les politiques, la mise en place des équipes mobiles adaptées aux besoins des internés qui ne le sont pas toujours. Disons qu'il y a les équipes mobiles de la réforme versus les équipes mobiles qui travaillent avec les internés. Je retiendrais donc l'importance des équipes mobiles adaptées aux besoins des professionnels qui travaillent déjà avec ces personnes internées.

Claire Van Craesbeeck

Similes

L'idée-phare, qui ne va étonner personne j'espère, c'est d'impliquer et inclure les proches dans l'entièreté du processus de la prise en charge de l'interné en insistant sur deux points :

- tenir compte des limites des proches
- éviter tant que possible de sortir l'utilisateur du système de prise en charge, par exemple pour des raisons de non-respect de règlement. En effet, à partir du moment où l'utilisateur n'est plus pris en charge, cela retombe d'office sur les proches.

Marie Villance

Psytoyens

Je retiendrais le développement de la pair-aidance et le maintien des projets qui sont déjà en cours.

Atelier 5 « JAVA » (Jeunes Adultes/Vieux Adolescents)

Marc Demesmaecker

Union En Soins de Santé (UNESSA)

Ce qui m'a frappé en premier, c'est d'entendre le nombre de jeunes adultes et vieux adolescents (JAVA) qui se retrouvent à la rue. J'étais indigné d'entendre ça. Je pense que j'aurais pu entendre les intervenants durant de nombreuses heures.

Bien sûr, la question de l'autonomie de ces jeunes, on n'y échappe pas ! Mais de plus en plus jeunes et dans un monde de plus en plus complexe, de sorte que je me pose la question de savoir quand auront-ils encore le temps de grandir ?

D'un point de vue plus « macro », ce que j'ai pu constater, pour reprendre les termes de Monsieur Genard, c'est le syndrome de l'élastique, entre des paradigmes disjonctifs et des politiques conjonctives. On a d'une part, une complexification et une décoordination des cadres légaux et administratifs et, de l'autre côté, des politiques de plus en plus conjonctives. On a un élastique qui se tend et des jeunes qui passent à travers les mailles de ce filet.

Heureusement, j'ai entendu dans le groupe JAVA des intervenants qui font preuve de créativité mais qui travaillent sur le bord de la loi ou hors de la loi. En matière de piste, la première serait une intégration coordonnée de la question des JAVA dans toutes les politiques publiques, qu'elles soient régionales ou fédérales. Le deuxième point important est une question de visibilité. Je pense qu'à l'heure actuelle, personne n'est capable de dire combien de ces jeunes sont à la rue avec des problématiques de santé mentale. Un précurseur de ces politiques transversales est aussi la question de la visibilité.

Michel Thiteux

Fédération des Structures Psycho-Thérapeutiques (FSPT)

Ce qui m'a beaucoup parlé, outre la nécessaire adaptation des structures au groupe d'âge 18-25, c'est la transversalité, tentant par là d'amoindrir le clivage enfant-adulte en prévoyant une fonction de fil rouge, de référent, qui suivrait le jeune dans le passage du monde des enfants vers le monde des adultes.

Une autre idée émise est le fait que l'exclusion n'est pas uniquement une question de santé mentale et de professionnels de la santé mentale. C'est aussi une question de solidarité, de lien social, de citoyenneté, à faire vivre au sein de la société.

Atelier 6 « Précarité »

Valérie Desomer

Fédération des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) de l'Union des Villes et Communes de Wallonie (UVCW)

Les échanges étaient très riches. Un mot a été dit par un professionnel : la co-errance. C'est aller vers l'autre, aller sur le terrain de la personne concernée, aller à la rencontre de la personne sur son lieu de vie. Accepter de « se mettre à l'envers » comme dit Jean Furtos, de s'inviter sur le terrain de l'autre, de sortir hors des murs, hors du cadre. De se décroiser au niveau des institutions et des pratiques institutionnelles et d'oser la créativité.

Je reviens avec l'idée d'organiser des journées comme celle d'aujourd'hui, mais avec plus de travailleurs de Centre Public d'Action Sociale (CPAS). J'en ai vu deux dans les inscrits. Je vais tenter de faire quelque chose via le CRÉSaM. Cela a été dit que les travailleurs sociaux de l'action sociale, des CPAS mais aussi de l'associatif, rencontrent ce type de population par des dispositifs et que c'est parfois difficile de sortir du CPAS, mais c'est possible.

J'ai pensé à la co-formation, comme ATD Quart Monde le fait. Ce sont de très belles formations. C'est-à-dire des formations avec les personnes concernées par la très grande

précarité et les travailleurs sociaux. Qu'elles soient là, c'est aussi important pour les travailleurs sociaux de rencontrer les personnes et de pouvoir discuter un peu hors cadre de ce qu'est cette grande précarité. Et de parler du pouvoir d'agir. On développe, à la fédération des CPAS, des formations au pouvoir d'agir pour les personnes et les collectivités. Et ça fonctionne ! Ce serait intéressant de la partager aux professionnels de la santé mentale.

Saida Obska

Experte du vécu, SPP Intégration sociale

Je ne vais pas parler uniquement de ce qui a été dit. Mais aussi de mon ressenti. Cela a été frustrant de ne pas pouvoir partager sur mon expérience. Ce qui m'a frappé, outre la définition de la précarité, c'est qu'on catégorise beaucoup. On catégorise les personnes par l'objet et pas par le côté humain de la personne. C'est quelque chose qui m'a frappée. Autre constat, c'est l'impuissance face aux situations auxquelles on n'a pas de réponse. Je peux témoigner pour ma part en tant qu'experte du vécu et usagère de ces services. Moi j'ai ressenti cette impuissance. C'est tellement plus humain de la dire, de l'entendre et de l'énoncer. Ce n'est pas une généralité mais c'est tellement plus accueillant d'entendre dire « je ne sais pas ». Aussi, dans les constats, c'est ne pas vouloir l'autonomie à tout prix. Ne pas avoir un projet pour l'autre. Et dans les pistes à prioriser, on est resté très général : la réduction des inégalités sociales, un travail sur le long terme... toujours, inconditionnel. Ainsi qu'un travail communautaire des personnes en situation. Et avoir foi en le potentiel des personnes. Puis, ce qui m'étonne et me surprend moi, à titre personnel, c'est de faire du même. Quand on a des propositions, des pistes, on revient dans le côté institutionnel, politique. Cela manque de créativité. C'est aussi un revers des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux peut-être, c'est le manque de créativité. Peut-être associer d'autres acteurs sociaux, ou d'avoir plus d'espaces de créativité. Sortons un peu des sentiers battus.

Benoît Van Tiechelen

Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM)

Ce que je retiens de cette heure et demie de travail ensemble, c'est l'effet qu'a sur les acteurs et les usagers qu'ils côtoient, cette société qui a cette idéologie de la performance et qui vise alors à catégoriser, à normaliser, à cloisonner. Du coup, quand on parle de précarité, on essaye de comprendre à qui on a à faire... Et on pense à l'objet absent : les « sans » domicile fixe, les « sans » logement, les « sans » travail, les « sans » moyens financiers. Or, il y a quand même une grande précarité dont on parle mais peut-être qu'on sous-estime. C'est la précarité psychique, celle qu'on ne voit pas. Celle-là, on la rencontre. Les services de santé mentale sont sans doute les premiers acteurs qui rencontrent au long cours ces personnes-là, qui n'ont pas forcément un objet visible qui se voit et qui signifie leur précarité mais qui la vivent. Alors, je reviendrai vers notre fédération en soulignant l'importance qu'il reste des lieux d'accueil du tout-venant pour les personnes en souffrance psychique, et que nous puissions accueillir ces personnes au long cours, sans exigence de guérison en dix ou douze séances.

Clôture de la journée

Luc Fouarge²¹

Président du CRéSaM

Connaissant la pratique du CRéSaM, on repart avec beaucoup de travail, beaucoup de créativité et des pistes d'innovation à mettre en œuvre, à proposer. Nous savons que le Cabinet (ndlr : le Cabinet de l'Action sociale, de la Santé, de l'Égalité des chances, de la Fonction publique et de la simplification administrative) est en attente que nous venions avec des pistes de travail, pour lui permettre de nous donner des outillages plus adéquats et plus performants.

Je me réjouis de votre présence, Madame la Ministre, c'est très encourageant ! Dans ce sens-là, j'ai la conviction qu'on travaille sur du concret. Et que les propositions que nous transmettons à partir de réflexions comme celles-ci finissent toujours par être traduites de façon assez concrète, même si c'est long comme processus.

J'étais intéressé par la réflexion de Madame qui travaille à la fédération des CPAS. En France, on travaille beaucoup plus sur la question des droits culturels. Les droits culturels, c'est la convention de Fribourg (2005). Si nous faisons passer nos institutions, nos services, nos échanges politiques au crible des droits culturels, beaucoup de nos pratiques changeraient. Que disent-ils, les droits culturels ? Ils disent essentiellement l'accès à la formation, à l'information. À partir de la convention de Fribourg, on cultive la position basse dont les systémiciens se sont faits champions. On est tous convaincus que c'est à partir de cette position qu'on peut soutenir le changement. Si vous voulez en savoir plus sur cette question-là : <https://reseauculture21.fr/>

Cela débouche sur la question du pouvoir d'agir dont on a parlé tout à l'heure. Et que nous souhaitons soutenir au maximum dans le cadre de nos activités.

J'aimerais revenir sur un point. Quand on parle de jeunesse et de problèmes de jeunesse, on sait que les problèmes émergent du milieu familial. Et qu'ils se cristallisent à l'école. Dans ce genre de débats, on a besoin des enseignants. Autant qu'ils ont besoin de nous. Je sais qu'ils sont en difficulté avec les enfants qui ont des modalités et des processus d'élaboration de la pensée qui sont différents de la moyenne des gens. On les cristallise dès l'entrée à l'école primaire, au moment de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Ça se cristallise, ça se spécialise et cela devient de plus en plus difficile. Et ces enfants développent de plus en plus des stratégies de compensation. Je vous assure que parmi les gens qu'on retrouve dans la rue, beaucoup d'observateurs qui travaillent avec ces gens qui sont dans la rue m'ont dit que lorsqu'on les écoute et qu'on essaye de comprendre, on a affaire à des personnes qui ont des modalités d'élaboration de la pensée qui sont différentes de la moyenne des gens. C'est quand même intéressant, c'est un champ de connaissance sur lequel à mon avis il est utile de travailler.

²¹ Texte rédigé par le CRéSaM à partir de l'enregistrement de la séance.

On a la chance de vous avoir aujourd'hui, Madame la Ministre, je me permettrai donc une suggestion en matière de jeunesse. Il faudrait créer une fonction de vigilance politique. Les problèmes de jeunesse se retrouvent à tous les étages de la gouvernance belge, aux trois niveaux de pouvoir, dans les différentes administrations qui commencent seulement à travailler sur les questions de transversalité. On les énonce depuis 20 ans, mais on commence seulement à les mettre en œuvre. Et je pense qu'il serait peut-être bon qu'un jour, un *ombudsman*, un veilleur, puisse dire à un Ministre ou à une administration : « Attendez, vous sortez telle réglementation, est-ce que vous avez au préalable été vérifier que cela n'allait pas créer des problèmes dans le département voisin ? » « Ah, on n'y avait pas pensé ». « Alors revoyez votre copie ». Voilà du concret... Et puis, je me réjouis que nous ayons un parlementaire qui se saisira très certainement de ce genre de propos.

Dans la pratique de santé mentale, dans la pratique de service de santé mentale, si on veut atteindre les « laissés pour compte », il faut aller chez eux. On ne les attend pas. Si on les attend, on va attendre longtemps ! Je me réjouis qu'on puisse sortir du personnel de santé mentale pour qu'ils aillent là où se trouvent les personnes très précarisées, dites « laissées pour compte ». Et que ce soit compté pour du travail et pas pour du zonage ou de la maraude ! C'est du travail, et c'est peut-être là que se fait sentir l'urgence dans notre société d'aujourd'hui. C'est dans la prestation de santé mentale, dans l'accompagnement à la bonne santé mentale qu'on peut faire avec ce public-là. Les autres, c'est presque du luxe ! On ne fait pas des services de santé mentale pour du luxe, on en fait pour des gens qui en ont vraiment besoin. Parce que pour vous ou moi, on a probablement les capacités d'aller en service de santé mentale, d'aller chez le psy...

**Ministre wallonne de l'Action sociale, de la Santé, de l'Égalité des chances,
de la Fonction publique et de la Simplification administrative**

Merci. Tout d'abord, bonjour à chacun et chacune. Effectivement, c'est une ministre contente qu'une action d'une cheffe de cabinet ait pu se concrétiser avec vous ... Dans la « cohérence » ou la « co-errance », ça je ne sais pas dans ce cas-ci. Mais en ce qui me concerne, c'est vraiment un bonheur. Pourquoi ? Parce que je me souviens très bien des discussions que nous avons eues. On a des politiques de promotion de la santé mentale ou de l'action sociale beaucoup trop en silo. Et je vais reprendre quelques mots qui m'ont frappée : le « aller vers », ce n'est jamais qu'aller vers soi ou vers son propre public ou les gens qu'on accompagne, alors que si on pensait les choses transversalement, on se rendrait déjà compte que, dans les publics et chez les professionnels - et je fais le double parallèle, il y a des pratiques, des questionnements, des synergies. Les réseaux, ce n'est pas de la théorie, des ensembles sur une page blanche. Les réseaux, ce sont des hommes et des femmes qui se rencontrent, qui se côtoient, qui s'identifient et créent un lien de confiance, et qu'ils soient entre professionnels ou entre le professionnel et la personne qu'il accompagne. Je dis bien qu'il accompagne et non qu'il guide ou dont il déterminerait le devoir d'autonomie. Le fait d'être dans cette relation de confiance décuple les capacités de sens du travail et décuple les capacités d'action. C'est pour ça, sur cet enjeu-là qu'on avait pensé la Semaine de la santé mentale. Merci de l'avoir mise en route et d'en avoir fait ce que vous en avez fait. Ça, c'est toujours le terrain qui le fait et ce n'est pas seulement, et loin s'en faut, les politiques qui le font.

J'ai envie de retenir quelque chose. Une de mes collaboratrices était présente toute la journée, je suis venue à la fin. On en revient comme souvent à la lutte contre les inégalités sociales et les inégalités de santé au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). On en revient toujours à dire que les déterminants de santé pèsent de manière essentielle et que les facteurs se conjuguent. Vous venez de remettre l'accent sur le facteur de l'enfance et de l'enseignement. Excusez-moi mais - comme on m'a octroyé un certain nombre de responsabilités - la ministre de l'enfance que je suis aussi dit que ce n'est pas seulement l'enseignement mais c'est aussi notre responsabilité entre 0 et 3 ans. C'est aussi un travail dans les milieux d'accueil, sur la qualité de l'accueil, la formation initiale de l'ensemble des milieux d'accueil et y compris celle du personnel, la capacité de détection, d'action et d'accompagnement qui est aussi importante.

Effectivement, la transversalité est parmi tous les acteurs ici présents mais la transversalité, c'est aussi de notre responsabilité politique que l'on soit parlementaire ou ministre ; c'est de se dire qu'il y a une responsabilité dès la naissance. Je dis souvent qu'un enfant à 2 ans et demi qui arrive en école maternelle avec des problèmes par rapport à sa propre créativité est un enfant qui obligatoirement a vécu des choses qu'il va falloir accompagner et que ces choses vont se reproduire. De la même manière qu'on se rend compte qu'en fonction des milieux, un

²² Texte rédigé par le CRéSaM à partir de l'enregistrement de la séance.

enfant va entendre entre 500 et 2500 mots différents de vocabulaire sur une heure, cela vous dit aussi un certain nombre de choses.

Mais je reviens à ma casquette du jour, même si moi aussi j'essaye d'assurer de la transversalité dans les compétences que je tente d'assumer. Il y a de réelles difficultés qui s'accumulent et très souvent le moment où vous allez pouvoir intervenir est un moment où la rupture a déjà eu lieu. La question est donc celle de la non-rupture : non pas du choix à la place de la personne, de son autonomie ou de sa détermination de vie, mais la question de ne pas être en rupture ; la question d'être en rupture avec elle-même, avec sa famille, avec un lien social qu'il soit institutionnel ou personnel. La question de la rupture est pour moi essentielle. Le « aller vers » vient comme réponse à la question de la rupture mais n'est pas suffisant. C'est toute la trame qu'il s'agit de ne pas couper à un moment donné. C'est la conjugaison des politiques de santé et de santé mentale et des politiques sociales, qui joue un rôle. On a tout à l'heure remis des initiatives en exergue, comme le « Housing First ». Ce sont des initiatives essentielles - et donc la réponse à la question parlementaire est « oui, je continuerai à soutenir les initiatives "Housing first" ! ». Pourquoi ? Il y a des spécificités qui viennent retisser les mailles qui étaient trop lâches entre certaines étapes : entre l'accompagnement du travailleur de rue et l'accompagnement par un travailleur de CPAS ou un service social et un travailleur de « Housing First ». On a vraiment le tissage qui se fait.

De la même manière - et nous avons ici énormément de personnes issues de l'ensemble des acteurs de la santé mentale - on sait très bien que la réforme de la santé mentale est quelque chose d'essentiel. Et, je ne le cache pas, la difficulté centrale est la répartition des compétences et donc le transfert d'une organisation vers un autre niveau institutionnel avec, faut-il le dire, une perte de capacités financières dans le transfert. On va donc devoir réfléchir à cette perte de capacités financières. L'ambulatoire, le résidentiel, les plates-formes, c'est important. Mais quand on pense les politiques à partir d'un centre comme un hôpital, un hôpital psychiatrique ou une unité particulière, on concentre les professionnels dans un lieu, donc, entre guillemets, on minimise les coûts d'échelle - je fais bref, d'accord ? - même s'il est toujours essentiel d'avoir la capacité, à un moment donné, de pouvoir être accueilli dans un hôpital psychiatrique ou une institution si nécessaire. Quand on met les professionnels dans une dynamique de réseau, on sait que le temps de déplacement est à prendre en compte. La manière dont on réinvestit les choses est essentielle, la manière dont on laisse du temps de travail, du temps de concertation est aussi importante. Et quand je parle de réseaux, en ce qui me concerne, cela ne peut pas se faire sans une dynamique qui inclut la personne, non pas seulement au cœur mais dans la dynamique du réseau, avec sa famille ou son entourage (social ou familial). C'est important, car, si on n'en tient pas compte, on va avoir un transfert de charge vers les aidants-proches et donc un transfert de difficultés de santé mentale chez les aidants-proches. Donc, tenir compte de la capacité des aidants-proches à intervenir dans l'accompagnement de la personne est essentiel. De nouveau, je voudrais dire une chose par rapport à laquelle je suis toujours hérissée : ce n'est pas à tout prix et à n'importe quel prix ! Parce qu'on ne fait pas le bonheur des gens malgré eux. Et il n'y a pas de guérison dans tous les cas, vous l'avez dit. Il faut savoir que, parfois, on est dans des dynamiques d'accompagnement et, entre guillemets, « rien que d'accompagnement ». Soignants, soignés,

familles, patients doivent aussi avoir la modestie de dire que tout soin ne conduit pas à la guérison. Mais, par contre, toute relation est soin. Et merci de l'avoir rappelé.

La rencontre fait soin, la relation fait soin. Tout à l'heure vous disiez « ce sont les oubliés du temps ». Bienvenue au Cabinet. J'ai envie qu'on poursuive le travail et j'ai envie que les oubliés du temps se transforment en « rencontrés du soin ». Je pense qu'ici, personne dans cette salle ne se lève sans autre objectif que plus de bien-être et plus de santé. Et, chacun, on le fait là où on est, avec les moyens que l'on a.

Tout à l'heure, j'étais en staff « santé ». Si je peux contribuer à une seule chose, c'est qu'on puisse mettre les jalons pour tracer des politiques qui en fait dureront bien plus de temps que celui du politique et dont les effets prennent du temps pour se marquer. Mais qu'on vous permette d'asseoir des politiques qui, à 5, 10 ou 20 ans, améliorent l'état de santé de la population. Alors, on aura fait notre boulot.

Repères bibliographiques

- AUGÉ M., « Non-Lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité », Paris, Seuil, 1992
- BASAGLIA F., « L'Institution en négation », Paris, Arkhe, 2012 (1970)
- CANTELLI F., JACOB S., GENARD J.-L. et DE VISSCHER Ch., « Les Constructions de l'action publique », Paris, L'Harmattan, 2007, coll. Logiques politiques
- CANTELLI F. et GENARD J.-L., « Action publique et subjectivité » In : Droit et société, n° 46, 2007
- CASTEL R. et al., « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », In : Sociologies pratiques, n° 17, 2/2008, p. 15-27
- CEFAÏ D. et GARDELLA E., « L'Urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris », Paris, La Découverte, 2011, coll. Bibliothèque du Mauss
- DEMUNCK J. et al., « Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique », Louvain-la-Neuve, Academia Press, 2003
- DOUVILLE O., « Les Cliniques psychanalytiques de l'exclusion », Paris, Dunod, 2012
- DOUVILLE O., « Figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique », Paris, Dunod, 2014
- DOUVILLE O., « Guerres et Traumas », Paris, Dunod, 2016
- FOUCAULT M., « Les Mots et les choses », Paris, Gallimard, 1990 [1966]
- FURTOS J., « Les Effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale » In : Mental'Idées, n° 11, septembre 2007. Dossier « Souffrance et société »
- GENARD J.-L., « La Grammaire de la responsabilité », Paris, Cerf, 1999, coll. Humanités
- GENARD J.-L., « Sociologie de l'éthique », Paris, L'Harmattan, 2000, coll. Logiques sociales
- GENARD J.-L., « Les Dérèglements du droit : entre attentes sociales et impuissance morale », Bruxelles, Labor, 2000, coll. Quartier libre
- GENARD J.-L., « Les Pouvoirs de la culture », Bruxelles, Labor, 2001, coll. Quartier libre
- GOFFMAN E., « Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus », Paris, Ed. de Minuit, 1968
- JACOB S. et GENARD J.-L., « Expertise et action publique », Bruxelles, Editions de l'Université Libre de Bruxelles, 2004
- LATOUR B., « Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique », Paris, La Découverte, coll. Poche/Sciences humaines et sociales, 2006 (éd. originale, 1991)

- LEVINAS E., « Totalité et Infini : essai sur l'extériorité », Paris, Le Livre de Poche, 1991 (1ère éd., 1961)
- LIPOVETSKI G., « Le Crépuscule du devoir. L'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques », Paris, Gallimard, 1992, coll. NRF Essais
- PATTARONI L., « Le Care est-il institutionnalisable ? Quand la politique du care émousse son éthique » In Raisons Pratiques, n° 16, 2006 (numéro spécial « Le Souci des autres : éthique et politique du care », édité par Patricia Paperman et Sandra Laugier)
- PÉRILLEUX T. et CULTIAUX. J., « Destins politiques de la souffrance » Toulouse, Erès, 2009
- TRONTO J., « Un monde vulnérable. Pour une politique du care », Paris, La Découverte, 2009 [1993] (préface inédite de l'auteure)



Une initiative wallonne pour la santé mentale
Une organisation du Centre de Référence en Santé Mentale, CRéSaM, asbl
CRéSaM, asbl - Boulevard de Merckem, 7 - 5000 Namur - Tel : 081/25.31.40
cresam@cresam.be – www.cresam.be

Avec
le soutien de la



Wallonie