

Actes de la journée

Souffrance sociale et santé psychique: le rôle pivot du travail social

Animation de la journée:
Laurent Bonnard, journaliste

Jeudi 4 décembre 2014
Lausanne, Palais de Beaulieu

ARTIAS

Rue des Pêcheurs 8
1400 Yverdon-les-Bains
Tél. 024 557 20 66
Fax 024 557 20 67
info@artias.ch
CCP 10-2156-5
www.artias.ch
www.guidesocial.ch

SKOS CSIAS COSAS

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
Conférence suisse des institutions d'action sociale
Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale
Conferenza svizra da l'agid sozial

Table des matières

- I. **La rencontre et le suivi de « grands précaires » à Genève: établir et maintenir le lien – participer ainsi d'un retour au vivant**
Murièle Lasserre, adjointe de direction au Service social de la Ville de Genève, en charge du secteur lutte contre l'exclusion
- II. **La psychiatrie dans les programmes d'insertion jeunes: RESSORT VD**
Danièle Spagnoli, psychologue, cheffe de projet RESSORT, service de psychiatrie communautaire du CHUV, VD
- III. **« Re-liaison » la santé et le social ; et si l'avenir était dans le passé...**
Dr. Philippe Rey-Bellet, chef du Département de psychiatrie et psychothérapie du Valais romand de l'Hôpital du Valais
- IV. **Accueil et habitat: souplesse et adaptation**
Christian Chenaux, éducateur, responsable d'unité La Traversée, Fribourg
- V. **Santé et social: une dynamique retrouvée**
Mauro Poggia, conseiller d'Etat, chef du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, Genève
- VI. **Travailleur social pour rétablir des terrains de médiation entre l'individuel et le collectif**
Florence Nater, directrice de la CORAASP (Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique) et
Barbara Zbinden, professeure, Unité de formation continue de la HES-SO éesp à Lausanne

I. La rencontre et le suivi de « grands précaires » à Genève: établir et maintenir le lien – participer ainsi d'un retour au vivant

Murièle Lasserre, adjointe de direction au Service social
de la Ville de Genève, en charge du secteur lutte contre l'exclusion

J'adresse un grand merci au secrétariat général de l'Artias qui m'a invitée à participer à cette journée.

J'ai choisi de dire la nécessité d'être en lien pour survivre.

J'affirme que si «l'autre» n'est pas ou n'est plus en mesure d'être en lien, nous avons le devoir, la responsabilité de ne pas le lâcher. Nous devons agir, parfois avec acharnement.

Le mot est fort, j'en conviens.

Pour intervenir auprès des personnes les plus précaires, il faut du courage, beaucoup d'engagement, un niveau d'empathie qui dépasse parfois l'entendement, et une farouche volonté d'aider l'autre bien plus qu'il ne veut – ou ne peut – ou ne peut plus – être aidé.

Le niveau de compétences requises équivaut à celui d'un équilibriste de haut vol.

Mon propos ira à la rencontre de l'impuissance, mais surtout de la puissance des travailleurs sociaux.

Les mots, les concepts ne suffisent pas à rendre une action sociale utile et juste. Elle doit être accompagnée d'une mise en œuvre concrète.

Les personnes dont je vous parle sont présentes sur le territoire, à Genève – elles sont parfois cachées – nous avons le devoir d'aller à leur rencontre.

Les frontières de nos actions doivent être identifiées, comme doit l'être la clarification des rôles, et aussi l'absolue nécessité de co-construire notre intervention, d'être réellement partenaires.

Je suis adjointe de direction au Service social de la Ville de Genève en charge du secteur lutte contre l'exclusion, engagée auprès d'un public de personnes vulnérables, très précarisées, en situation d'exclusion. Ces personnes sont également compétentes, pleines de ressources, vivantes – encore.

Sans développer ce propos, j'insiste néanmoins sur la capacité de ces personnes à être présentes sur le territoire, à se rendre visibles. Il existe un paradoxe entre cette grande visibilité et l'oubli d'elles-mêmes.

C'est un privilège d'être en charge de ce secteur. Je peux œuvrer pour la dignité, la solidarité, l'altérité et la responsabilité.

La mienne est auprès du personnel, actrices et acteurs de terrain.

Il est impératif que les ressources soient mises à leur disposition pour accomplir leur mission. La toile qu'ils tissent autour d'une personne doit être solide. Les maillages serrés.

Il leur convient d'identifier les relais dont ils ont besoin pour intervenir avec toujours plus de cohérence. Que chacune et chacun comprenne les contours de son intervention.

Du soutien et des espaces de parole sont nécessaires pour être adéquats.

Je peux aussi, avec des propositions, participer à la mise en œuvre d'une politique publique humaniste.

Je veux promouvoir l'idée que nous nous engageons pour toutes celles et ceux qui sont sur notre territoire. Je ne veux pas regarder d'emblée les statuts de ces personnes. Je veux, au contraire, rappeler qu'ils et elles sont des nôtres.

Je m'adresse à vous professionnels, à nous tous citoyens, et aux femmes et hommes politiques engagés pour nos institutions.

Chacun des individus qui composent cette société en est un reflet. Si les personnes en situation de grande précarité sont partiellement exclues, elles sont de nos semblables. Ensemble, nous formons une communauté de citoyens. Les lois cantonales, les frontières nationales ne doivent, à mon sens, jamais passer devant les droits humains fondamentaux qui sont le socle de notre Constitution, garants de notre démocratie.

Si les professionnels du social s'engagent dans la relation, si les associations se rencontrent et collaborent avec une volonté fidèle à toute épreuve et beaucoup de professionnalisme, ce sont nos élus qui portent la responsabilité des orientations prises.

Les personnes dont je vous parle aujourd'hui représentent la part visible de l'iceberg. Je rappelle qu'il existe une population entière, une couche sociale intermédiaire, qui n'est pas entièrement dans la précarité, mais dans un équilibre très fragile et qui peut facilement basculer. Il ne faut pas attendre que sa visibilité signifie le déclin de ses conditions de vie.

Gilles Hourton, infirmier responsable du Service santé migrants et de la consultation ambulatoire mobile de soins communautaires évoque Paris et ses 200'000 SDF déjà visibles aux alentours des gares, un peuple. A Genève, réjouissons-nous, dit-il, il faut être immergé, être le privilégié d'une sorte de visite guidée pour découvrir nos plus précaires. Le tissu social est encore présent. Nous devons le sauvegarder.

Le Conseil d'Etat du canton de Genève, mais aussi les conseils administratifs de l'ensemble des communes, dont la Ville de Genève, sont pour « le dés-enchevêtrement » des tâches et charges des uns et des autres. Fonctionnaire de l'administration municipale, je partage cette nécessité. J'affirme également la promotion d'un enchevêtrement, ou tout au moins d'un tissage dont les mailles seraient si serrées qu'un individu fragilisé, souvent isolé, ne puisse en aucun cas passer à travers ce maillage-là. S'il convient de préciser le champ de compétences de tous et favoriser une action transversale et pluridisciplinaire, il ne faut jamais oublier l'objectif qui est de ne pas laisser de côté l'autre au-delà de son propre oubli.

N'abandonnons pas une personne de la société à laquelle elle appartient.

J'ai l'opportunité de mettre en évidence ici quelques failles, d'alerter, je le souhaite, nos autorités.

Mais à Genève, nous pouvons aussi être fiers de nos actions. La plupart des personnes présentes dans la rue, nous les connaissons et avons le souci de ne pas

les oublier. Par la création du lien, nous contribuons à quelque chose de l'ordre d'un réseau, d'une appartenance. Quand la confiance revient, la personne peut reprendre le fil de sa vie. Se projeter encore vers un nouveau projet. Pour cela, nous devons être mobiles, en nombre suffisant.

Si nos institutions sont cloisonnées – et elles le sont – si les dispositifs légaux contribuent parfois à ce que l'état de santé des personnes se fragilise, il existe aussi des dispositifs qui collaborent, se rencontrent, contribuent à garder un lien vivant avec les plus précaires de la ville. Tous n'ont pas la même autonomie, la même créativité, la même souplesse... les mêmes ressources. La clé de l'accompagnement de ces personnes, que ce soit du point de vue du social comme de celui de la santé, c'est la capacité des professionnels d'aller là où se trouve la personne.

Nous œuvrons, ensemble, pour le bien commun.

Nous avons besoin de travailler ensemble et d'avoir les moyens de le faire. Nous devons immanquablement être créatifs. Si les individus savent l'être, les institutions peuvent encore s'améliorer.

Nous devons accepter de sortir de nos murs, réels ou symboliques, pour prendre soin des personnes les plus fragilisées.

Il faut donc être à la fois très ambitieux et modeste pour œuvrer dans ce champ d'activité.

Il est impératif de considérer le choix de l'autre, ce qui dans son parcours l'a conduit là. Il faut aussi oser affirmer que tout seul il ne pourra sans doute plus sentir l'envie d'un changement. La confiance dans la possibilité d'un mieux-être, il ne la ressentira plus.

Il s'oubliera tellement à lui-même qu'il peut en mourir.

Il y a quelques années à Genève, Monsieur C. avait des vers qui lui tombaient de la jambe. Ce matin-là, alors qu'il quittait l'hébergement d'urgence hivernal, une collaboratrice a vu ces vers tomber. Cette fois-là, Monsieur C. a accepté de se faire soigner un peu plus longtemps que d'habitude. Il est resté à l'hôpital. Finalement, au terme d'un long travail de démarches coordonnées entre plusieurs acteurs, il a pu retrouver un logement. L'accompagnement de Monsieur C. aura duré plus de 7 ans entre le premier lien et le fait qu'il accepte d'être hébergé. Entretemps, il a failli être amputé à plusieurs reprises. Chaque fois il retournait dans la rue après un bref séjour en milieu médical. Monsieur C. aujourd'hui vit dans une maison de retraite. Il y est bien.

Qu'est-ce qui a permis à Monsieur C., un jour, d'accepter ce qui lui était proposé ? J'y reviendrai.

Si l'impuissance est souvent le lot des professionnels engagés de ces secteurs d'activité, j'affirme que leur puissance est grande car elle peut faire bouger les trajectoires de ces personnes dont le parcours s'est, à un moment, interrompu. Avec patience et conséquence un « raccrochage de trajectoire » est possible.

L'expertise des collaboratrices et collaborateurs du secteur lutte contre l'exclusion s'est construite durant les treize dernières années. Les premières rencontres avec le

public dont il est question ici datent des premières tournées nocturnes, communément appelées « maraude ». Un drame était survenu dans les rues de Lausanne durant l'hiver 2001. Une femme y était morte. Cette année-là, le Magistrat en charge du social est intervenu pour qu'il n'y ait aucun risque de décès dans les rues à Genève.

Depuis, chaque soir de l'hiver, mes collègues circulent dans les rues de la ville.

La trajectoire de la tournée est souvent la même. Il s'agit de revenir vers les personnes connues, s'assurer qu'elles vont bien, ne souffrent pas trop du froid, les inviter inlassablement à rejoindre l'abri, à raccrocher avec un lieu de vie, un espace de chaleur, un autre. Cette répétition de l'action peut signifier pour une personne qu'elle existe, qu'elle compte pour quelqu'un.

L'une d'entre elles a trouvé refuge dans les toilettes, un autre qui inquiète les passantes s'est constitué une sorte de nid dans les bambous d'un parc public – la journée, il est à un arrêt de bus. Un autre encore s'est réfugié sous un passage qui relie une grande artère à un petit parc, à l'abri du vent. Ce couple étrange d'une mère et d'un fils investissent l'espace public et dorment au pied d'une grande banque de la place. Ils sont parfois invisibles au quidam, mais le service social les connaît et se rend à leur rencontre. D'autres partenaires se préoccupent, bien démunis souvent, la police municipale, en particulier. L'équipe mobile de psychiatrie adulte également.

Pour que chacune de ces différentes personnes puisse un jour accepter de recevoir un peu de notre aide, il faut revenir encore et encore, comme à un rendez-vous, toujours à la même heure, s'asseoir sur le banc, saluer, observer comment cet autre, encore inconnu, reçoit l'invitation. Porter attention à sa réaction, d'ouverture ou de repli. Identifier s'il y a une manifestation de quelque chose de différent. Et alors, saisir la balle au bond, tendre la main et dire « *bonjour, comment ça va ?* », poser des questions simples; accepter le rythme donné.

Je cite un collaborateur, travailleur social, pionnier du travail de rue auprès des plus précaires à Genève, et qui nous donne quelques ingrédients:

« Je ne me pose pas la question de savoir à quel moment il ou elle va dire oui. Je me dis qu'il doit y avoir un moment de fin, mais ma mission ne se termine pas. Quand je pars à la rencontre de quelqu'un, que je vais chercher le monsieur qui est sur le banc, je ne suis pas limité dans le temps, ni dans l'espace ou dans mon pouvoir. Je dois faire en sorte que la personne me confie son pouvoir. Je suis « son chevalier » et mandaté par elle. Toi Murièle, tu m'envoies, mais l'autre, c'est mon patron. Je travaille pour lui. Il ne le sait pas mais je lui dis « la ville de Genève me paie, et je me mets à votre disposition. Si vous ne voulez pas me parler, c'est votre droit, légitime. Je reviendrai et nous parlerons quand cela ira bien pour vous ». Si cela ne marche pas, je reviens, je suis en quelque sorte un chasseur. Et je vais passer par derrière, par en haut... et mon but, je vais l'atteindre, c'est de pouvoir l'écouter, écouter sa demande. Il y en a une, toujours.

Si tu t'assois à côté, il sait qui tu es, tu l'as déjà dit. Mais il ne veut pas parler. S'il ne gesticule pas, ne s'offusque pas quand tu es à côté, déjà il commence à t'accepter. Je pense que chacun de nous a besoin de ne pas être seul. Et je suis à côté.

Je pense au film « Les ailes du désir », de Wim Wenders. Quand l'ange écoute, il écoute la pensée. Et je m'imagine dans ce film. J'essaie de sentir la personne, qu'elle puisse me sentir. Il y a des choses que l'on ressent de l'autre. Une tranquillité. Que je ne lui veux pas de mal, mon empathie.

Après, je me lève. Je pars mais je reviendrai le jour d'après, à la même heure. Comme dans « Le Petit Prince » j'essaie de respecter les horaires. Si tu viens trop tôt la personne n'est pas prête, si tu viens trop tard elle ne t'attend plus.

Avant d'aller à la rencontre de la personne, je l'observe. Je me mets dans un angle pour la voir et observer qui va aller parler avec elle. Et qui elle va accepter. Il y a des affinités, toujours.

Si les gens ne viennent pas demander de l'aide, il faut sortir dans la rue pour ceux qui ne vont pas demander ; ceux qui se sont égarés. La ville, c'est une forêt, immense, avec ses ruisseaux, ses falaises, ses grottes et tu peux tomber dedans. Il faut des explorateurs pour débroussailler cette jungle. Pour un homme perdu, la ville, c'est une jungle. On ne peut pas permettre que ceux qui sont dans la ville ne soient pas protégés. Et si la personne ne le veut pas, on ne doit pas l'accepter. »

J'aimerais aujourd'hui favoriser l'émergence d'une conscience de votre propre champ de responsabilité et de votre engagement.

Que nous puissions être fiers de la société dans laquelle nous vivons et reconnaître que par nos actes et choix nous y contribuons.

Que chacun porte une partie de la solution. Et cette solution dépasse, bien entendu, les zones de compétence de l'administration municipale.

Je pense à présent à la responsable d'équipe de l'abri de protection civile de Richemont qui, lors du bilan, quand tous les grands précaires se retrouvent à nouveau dans la rue, raconte avec émotion ce moment où Monsieur D. la regarde dans les yeux et la remercie.

Merci... !

Il y a des situations où ce mot est magique, inattendu.

Voici le récit de l'histoire de Monsieur D.

Monsieur D. est connu du service social depuis cinq ans. Il vit à l'aéroport de Genève et est Suisse. La rencontre a eu lieu pendant l'hiver 2009-2010. Durant les deux années qui ont suivi, les collègues effectuant la maraude allaient à sa rencontre et établissaient un lien avec lui. Ce lien allait permettre une amorce de changement dans la trajectoire de Monsieur D. Pendant ces deux premiers hivers, Monsieur D. a refusé de venir dans les abris. Pourtant, à chaque rencontre, il y était invité et devant son refus, un café ou un thé lui était proposé. Qu'il prenait, ou pas. Son choix était respecté.

Il y a bientôt trois ans, Monsieur D. a accepté de venir à l'abri PC des Vollandes, avec le bus de la maraude.

Ce soir-là, aux Vollandes, il mange une soupe, se couche à l'entrée de la structure. Il semble ne pas s'être lavé depuis plus de cinq ans, et il refuse de prendre une douche, de voir un médecin. Son discours est incohérent. Il ne demande rien, semble ne rien vouloir. Chaque matin à la fermeture de l'abri Monsieur D. erre dans la ville, sans repère. Les travailleurs sociaux le retrouvent chaque soir, et le ramènent à l'abri.

Petit à petit, il semble reconnaître les gens, établir un lien, une fragile confiance.

A la fin de ce premier hiver, Monsieur D. s'est repéré, il revient chaque soir par lui-même.

Monsieur D. a certainement vécu à l'aéroport durant les mois où les hébergements d'hiver étaient fermés, entre mai et fin octobre. Son état s'est fragilisé. Il n'a pas pris de douche, ne s'est pas lavé les mains.

L'hiver suivant, dès le mois de novembre, Monsieur D. est le bienvenu. Il fait partie des personnes « VIP », celles qui peuvent rester le plus longtemps dans le dispositif d'hébergement d'urgence. Elles y dorment tout l'hiver, et quelques semaines en avril. Monsieur D. a été apprivoisé, si j'ose m'exprimer ainsi, comme un animal sauvage, qui fait peur, et qui a peur également. De qui personne ne s'approche et durant tant d'années, dont personne ne s'est préoccupé. Il aurait une sœur, elle ne veut pas entendre parler de lui.

Aujourd'hui trente personnes dites « grands précaires » sont hébergées dans les abris PC, personnes que le personnel du service social retrouve chaque année dans un état de santé un peu plus alarmant. Nous sommes très préoccupés. J'y reviendrai.

A l'abri de Richemont où sont hébergées les VIP durant l'hiver, Monsieur D. peut rester. Il a su relever le défi de se repérer et de retrouver son chemin. Les liens qu'il a créés sont maintenus. Nos partenaires de la consultation mobile de soins communautaires sont présents également, bien que leur champ d'intervention soit limité par les limites de Monsieur D.

C'est dans le cadre d'une hospitalisation, bien plus tard, que Monsieur D. a finalement accepté d'enlever ses chaussures, de changer de chaussettes. Des années avaient passé.

L'an dernier, c'était le troisième hiver, Monsieur D. a accepté de se doucher... sous une forme de contrainte... je cite ma collaboratrice:

« Un soir de novembre 2013, l'équipe de Richemont accueille Monsieur D. et nous constatons les limites de notre accueil inconditionnel. Monsieur D. que nous connaissons depuis trois ans ne s'est toujours pas lavé. Ses cheveux ont pu être coupés. Il les avait longs jusqu'aux reins, collés ensemble, en une masse aplatie. Monsieur D. s'est lavé les mains, enfin, mais il ne s'est toujours pas douché. Il sent terriblement mauvais. Bien que nous l'ayons installé sur un lit à l'écart, son odeur se répand partout et inconfortable les bénéficiaires. C'est difficile pour les collègues également. Ce soir de novembre, après que l'équipe a abordé le sujet en réunion, il a été décidé de lui imposer une douche ou de lui demander de s'en aller de la

structure. Il n'était plus possible de supporter. Si l'accueil dans l'abri avait été possible, il était devenu impossible de le garder.

Pourtant, moi qui travaille dans le soin à la personne, je savais qu'en poussant Monsieur D. à prendre une douche, nous allions peut-être provoquer une décompensation. Nous avons été encouragés par le personnel infirmier de la consultation ambulatoire mobile de soins communautaires à prendre ce risque, et nous avons bien fait.

Le lien et la confiance étaient probablement suffisants.

Monsieur D. a eu peur. Il s'est réfugié dans son lit. J'ai vu ses yeux, entendu son souffle d'inquiétude. Après une demi-heure de persuasion, d'insistance douce et ferme, – mais après trois ans de lien, je le rappelle – il a accepté. Avec un collègue, celui qui avait pu accompagner Monsieur D. dans son lavage de mains, nous l'avons emmené à la douche. Il est resté longtemps sous l'eau, il ne parlait pas, ne semblait plus avoir peur. Une fois séché, il a pu mettre des vêtements propres et s'est couché dans un lit dont la literie avait été changée. Il était épuisé. Le lendemain il m'a dit: « j'ai bien dormi ».

Bien que Monsieur D. aie tenté de s'y soustraire, il a repris une douche dix jours après. Depuis l'hiver dernier, il accepte de se doucher sur simple demande. Et dit « merci ».

Qu'advient-il de Monsieur D. quand les abris ferment ?

Des collègues font des recherches sur la situation de Monsieur D. avec l'Office cantonal de la population et des migrants. Sa trace a été retrouvée, mais Monsieur D. n'a pas voulu aller avec un travailleur social sur place. Monsieur D. esquive les questions, ne donne pas d'information. Il est Suisse, mais n'a plus de papiers, et il n'est pas possible de faire des démarches sans lui.

Il y a quelques mois, nous sommes allés à la rencontre de la police de l'aéroport, des îlotiers. Nous avons amorcé une collaboration, pour que Monsieur D. puisse se doucher sur place et que nous ne le retrouvions pas, comme chaque année, dans un état dramatique. Également, nous avons alerté l'Equipe mobile de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève, qui peut accompagner un certain nombre de personnes, pour autant qu'elles aient un toit sur la tête. L'aéroport pourrait faire fonction de toit et favoriser la mise en place d'un suivi. Il faudra aussi que Monsieur D. participe.

Cet accompagnement individualisé a permis à quelques personnes de raccrocher avec leur trajectoire et de rentrer chez elles. Monsieur K. est en Belgique, Monsieur W. au Japon, Madame B. en Bulgarie.

Monsieur D., Monsieur C. sont maintenant présents parmi nous, comme doivent l'être, par la pensée, toutes les personnes communément appelées « grands précaires » à Genève. Que nous puissions « *les accueillir en nous* » comme le dit le Professeur Jean Furtos¹, psychiatre. Les accueillir dans cette salle, dans cet espace,

¹<http://www.laviedesidees.fr/Un-syndrome-de-la-precarite.html>

quand elles se sont, en quelque sorte, oubliées à elles-mêmes, auto-exclues, isolées. Les inclure par la pensée et œuvrer ainsi, modestement, à l'objectif qu'elles rattachent à leur propre trajectoire. Mais si cela est fondamental, cela ne suffit pas encore. Il y a des ingrédients de réussite qui sont incontournables: il faut à la fois différentes institutions sociales et sanitaires qui travaillent ensemble. Il faut, autour d'une personne, un réseau constitué, capable de dialoguer. Mais il faut plus que cela encore. Il faut également une rencontre individuelle, qu'une personne précise soit porteuse de l'inquiétude. Et que cette inquiétude soit partagée.

L'action menée auprès des plus précaires est de reconstituer autour de la personne ce qu'elle n'a pas, ou n'a plus. Ce avec quoi elle est en rupture. Il s'agit ainsi de remettre autour d'elle des gens qui pensent à elle.

Gilles Hourton m'a donné cet exemple: Monsieur V. est très malade, et dit qu'il ne veut plus vivre « *de toute façon à quoi bon, personne ne compte pour moi, je ne compte pour personne* ». Une des infirmières qui a entendu cela, a réagi avec colère en disant « *mais moi, je ne suis pas d'accord qu'il dise ça, je ne suis pas d'accord qu'il meurt, ça ne va pas* ». Cette infirmière a été invitée à aller le lui dire.

Pourquoi? Parce que le pari, c'est de dire que si la personne commence à croire, quelque part, qu'elle compte pour quelqu'un, cela va agir sur elle et influencer sur son envie de revenir dans sa trajectoire de vie. Elle pourra peut-être ensuite commencer à se préoccuper d'elle-même, à se projeter, à retrouver un endroit de confiance dans la vie et, qui sait, imaginer qu'ailleurs il y en a d'autres pour qui elle compte. Finalement, retrouver de la valeur à ses propres yeux.

L'hypothèse est que ce mouvement doit partir d'un autre. Quand ces personnes se sont tellement mises en retrait d'elles-mêmes, c'est à travers le lien, la confiance d'un autre que quelque chose pourra s'établir, se ré-établir.

Une démarche d'accompagnement de Monsieur V. lui a permis de refaire ses papiers afin de pouvoir rentrer dans son pays. Il était devenu important pour lui de pouvoir y mourir.

Une autre situation, emblématique de ce partenariat que les professionnels de la santé et du social doivent optimiser.

Madame B. présentait des troubles psychiatriques, se cachait les yeux, se disait aveugle et investissait la rue. Madame B. venait chercher de l'aide sanitaire. Le travail de lien s'est construit à partir des soins. Une relation importante s'est également instaurée avec des collègues, dans le cadre des tournées nocturnes et du travail de rue en journée. Nous pouvions ainsi savoir où Madame B. se trouvait et informer le personnel infirmier. Dans cette situation, il a fallu que la consultation ambulatoire mobile de soins communautaires réussisse à faire alliance également avec les équipes psychiatriques intrahospitalières pour expliquer que Madame B. n'était pas amenée aux urgences uniquement parce qu'elle faisait sale dans la rue. Il fallait convaincre qu'elle avait besoin de soins dans la durée. Le lien et la confiance avec l'institution étaient aussi complexes à établir que cela peut l'être avec les personnes elles-mêmes.

La réussite dans cette situation a été de pouvoir intervenir à la fois sur le plan du lien social, de la confiance et du lien de santé. Se réunir avec elle lui a permis de faire

confiance dans un moment de détresse. Cette confiance a favorisé une hospitalisation. Avec l'accord de Madame B., un traitement lui a été proposé.

Finalement, avoir accepté d'intégrer une structure d'hébergement lui a permis de se poser, de définir un projet, reprendre contact avec sa famille, retrouver une identité et récupérer son projet de vie. Madame B. est rentrée chez elle.

Je pense que la psychiatrie, comme le travail social, doit pouvoir réinventer son travail et ainsi avoir également une fonction de pivot, si elle est mobile.

J'affirme que s'il est mobile, au cœur de la rencontre, le travailleur social est pivot et peut accompagner des situations complexes. Toutefois, il doit être souple également au cœur des administrations cantonales les plus lourdes, les plus cloisonnées, celles qui sont soumises à des réglementations et des contraintes fortes dans lesquelles la personne peut rapidement être oubliée dans sa globalité, l'accent étant mis sur un aspect de sa vie. Je pense ici au statut, à la domiciliation, à la capacité à demander de l'aide et à venir au rendez-vous.

J'ai évoqué nos préoccupations du mois d'avril de chaque année, lorsque les abris ferment et que tous les grands précaires retournent dans la rue. Je rappelle que chaque année, quand nous les retrouvons en novembre, leur état de santé s'est péjoré. Pour le personnel, très investi dans une relation de soin et de lien quotidiens, ce constat est amer.

Particulièrement soucieux de cette problématique récurrente et devant le manque de réponse, nous avons travaillé avec la directrice de l'Accueil de nuit de l'Armée du Salut, qui a bien voulu élargir son cadre d'accueil.

Quatre personnes ont pu quitter l'abri PC de Richemont avec l'assurance de pouvoir être hébergées quelque part. Un grand soulagement a été perçu par mes collègues dès l'annonce de cette information. Les quatre bénéficiaires concernés sont Suisses ou au bénéfice d'un permis de séjour. Ce fut une condition pour pouvoir travailler sur l'amélioration de leur situation administrative, afin qu'à terme, et ce terme peut être lointain, ils puissent être accueillis dans des logements pérennes. En quelques mots, avant de conclure, voici deux de ces situations et ce que leur hébergement à l'Accueil de nuit a permis.

Monsieur A. est Suisse, de retour de l'étranger. Il est hébergé à l'abri de Richemont car il n'arrive pas, seul, à refaire ses papiers et régulariser sa situation. N'étant domicilié nulle part, il ne peut pas bénéficier de l'aide sociale individuelle. S'il n'avait pas pu être hébergé à l'Accueil de nuit, sa situation se serait dégradée et nous l'aurions certainement retrouvé en automne, bien plus mal en point qu'il ne l'était en avril. Le lien de confiance qui s'est établi durant l'hiver, qui a perduré durant l'été, a favorisé l'accompagnement. Avec un travailleur social, Monsieur A. s'est rendu à l'Office cantonal de la population et des migrations. Pour retrouver ses papiers, et bien que Suisse, il a dû attester d'une domiciliation à l'Accueil de nuit. Cette attestation de domiciliation lui permet aujourd'hui de bénéficier de l'aide sociale individuelle. L'accompagnement de Monsieur A. est possible s'il permet au travailleur social de cheminer avec lui.

Et seulement s'il n'est pas trop pressé.

Et seulement si la personne accompagnée a un toit pour se projeter.

Madame T., elle, déambulait seule dans les rues, d'un quartier à l'autre, toujours au centre-ville. Elle parlait seule, refusait le lien. Son odeur était forte et nous l'avions vue souvent, en maraude ou durant le travail de rue de jour, manifestant des signes d'agressivité à qui tentait de l'approcher. Un soir, l'unité mobile d'urgence sociale, équivalent d'EMUS à Lausanne, l'a accompagnée à l'abri. Elle y est restée, bien que la gestion de sa présence aie été difficile pour l'équipe tant son agressivité était grande.

Je salue ici toutes celles et ceux, dans mon secteur, qui font preuve d'une capacité à l'accueil de l'autre que je qualifie d'exceptionnelle.

Un accueil bienveillant, un lien de qualité avec une collaboratrice du travail de rue, un autre lien avec l'Equipe mobile de psychiatrie adulte ont contribué à ce que Madame T. s'apaise. Suite à un signalement au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant, effectué par l'Equipe mobile de psychiatrie adulte, Madame T. a été mise sous curatelle de portée générale. Toutefois, sans papiers elle ne peut bénéficier de l'aide sociale individuelle. Et sans domiciliation, il n'y a aucune chance qu'elle puisse avoir ses papiers. Bien que présente à Genève depuis des années, il est très difficile d'en faire la preuve. Mais, petit à petit, sa situation s'améliore. Il est difficile d'avancer car il n'a pas encore été possible d'identifier si Madame T. est Suisse ou pas. Quoi qu'il en soit, il faut poursuivre le travail, maintenir le lien et faire confiance en l'amélioration de la situation.

En conclusion, j'insiste sur la nécessité d'être créatifs, responsables et conscients des champs d'actions qui sont les nôtres. Chaque professionnel doit mesurer l'impact de son action, ou de son absence de réaction et ne jamais oublier qui est le prestataire final de son intervention. Nous travaillons pour des usagers, des bénéficiaires, des citoyens. Si nos obligations légales et cantonales sont présentes, ce sont les droits fondamentaux constitutionnels qui doivent être les moteurs de nos actions.

Le Service social de la Ville de Genève a pour mission de contribuer à l'amélioration du cadre et des conditions de vie en Ville de Genève, en créant du lien et en permettant aux membres de la communauté de participer pleinement à la vie sociale.

Ma présentation montre une action dont le service social peut se montrer fier. A travers l'accompagnement des plus précaires, il participe à un des socles de notre Constitution fédérale qui dit – je cite: « *que la force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible de ses membres* ».

Et nous y contribuons en étant particulièrement en lien avec tous nos partenaires concernés par la situation des personnes. Les citoyens, les polices municipales et cantonales, les services d'urgence et de santé, les administrations cantonales. Tous, ensemble, nous pouvons, par notre engagement, contribuer à un mieux-être de chaque membre de la communauté que nous formons.

Mon dernier propos est une requête que j'adresse à nos autorités afin que toutes ces personnes dont l'état de santé s'abîme tant, puissent avoir l'opportunité d'avoir un toit, un lieu de vie, être quelque part. Ainsi commencer à reconstruire leur parcours de vie.

II. La psychiatrie dans les programmes d'insertion jeunes: RESSORT VD

Danièle Spagnoli, psychologue, cheffe de projet RESSORT,
service de psychiatrie communautaire du CHUV, VD

Le dispositif RESSORT

Né en 2009 au sein du Département de psychiatrie du CHUV avec la mission de soutenir la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, RESSORT s'est rapidement inscrit dans une volonté de collaboration interinstitutionnelle avec les autres acteurs concernés par cette problématique. Le dispositif a notamment établi des collaborations fructueuses avec l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (OAI) et le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), deux acteurs majeurs de l'insertion.

La collaboration avec l'OAI s'inscrit logiquement dans les efforts consacrés à la réinsertion professionnelle des patients psychiatriques souhaitant reprendre un emploi, alors que la collaboration avec le SPAS concerne une autre population-cible, constituée par les bénéficiaires de l'aide sociale qui présentent des difficultés d'insertion ou se montrent incapables de collaborer adéquatement avec les intervenants sociaux en raison de probables troubles psychiques. Le SPAS a confié à RESSORT le mandat d'évaluer les difficultés psychiques des personnes de cette catégorie signalées par un assistant social ou un référent de mesure d'insertion.

Grâce à ses partenaires et sous la pression du nombre important de demandes, le dispositif RESSORT a beaucoup évolué depuis 2009: l'équipe du Centre (agglomération lausannoise), qui représentait le périmètre de l'implantation-pilote, est passé de trois collaborateurs à plus d'une douzaine. La cantonalisation entamée en 2014 consiste à exporter les modes d'intervention de RESSORT dans les secteurs périphériques du canton en reproduisant le modèle éprouvé au Centre, basé sur la collaboration étroite d'un clinicien chargé des deux missions (soutien à l'insertion et évaluation des troubles) et d'un spécialiste en réadaptation de l'AI, sous la responsabilité d'un psychiatre. L'équipe de l'Est est constituée dès le 1^{er} septembre 2014 et celle du Nord depuis le 1^{er} décembre, tandis que l'Ouest sera doté dès 2015 (sous réserve de l'acceptation du budget par le Grand Conseil).

RESSORT, après une phase pilote où diverses méthodes d'intervention ont été testées, s'est organisé depuis 2012 en deux filières d'intervention correspondant aux deux missions principales:

- 1) soutien à l'insertion professionnelle ou à la formation
- 2) évaluation des troubles et engagement dans les soins.

C'est en particulier de cette dernière mission qu'il sera question lors de cette présentation.

L'engagement dans les soins

Comment se déroule une intervention d'engagement dans les soins? Après une rencontre initiale avec le demandeur, une évaluation en quelques séances vise à établir l'existence d'un trouble psychique et son impact sur le potentiel insertionnel de la personne. Elle aboutit en principe à proposer une orientation vers des soins adéquats. Cependant, cette prise en charge peut être très brève, lorsque la personne adhère rapidement à l'idée d'entrer en soins, ou de relativement long terme, lorsque l'engagement est difficile et notamment lorsque l'état de santé justifie une demande à l'Assurance invalidité mais qu'il n'y pas de médecin traitant.

69 jeunes adultes (dont 49% de femmes) ont été suivis par RESSORT avec un mandat principal d'engagement dans les soins, les demandes provenant des centres sociaux régionaux (CSR) dans 35% des cas (pour des jeunes n'investissant aucune mesure par exemple) et des mesures d'insertion sociale (MIS) dans 55% des cas. 81% des demandes concernent une évaluation des troubles, 13% du soutien à la réinsertion et 6% sont des demandes mixtes, avec les deux objectifs. Néanmoins, après analyse de la situation, 96% de ces demandes visent prioritairement l'engagement dans les soins tandis que 4% ont pour objectif le maintien ou l'accès à la formation. En outre, certaines de ces demandes contiennent plus ou moins implicitement la constitution d'un dossier soutenant une demande de prestation AI.

Les jeunes adultes de 18-25 ans constituent une catégorie pour laquelle le travail d'identification et de prise en charge des troubles est particulièrement important: la majorité des troubles psychiques apparaissent dans cette période de vie et leur occurrence provoque, en perturbant les études ou la formation professionnelle initiale, un risque important de handicap social à long terme. On sait en outre que le traitement précoce des troubles évite le plus souvent leur aggravation ou leur chronification.

Cependant 94% des jeunes rencontrés ne reçoivent aucun soin pour leurs troubles psychiques, et ceux qui ont bénéficié d'un suivi sont fréquemment en rupture. Les contentieux avec la psychiatrie sont fréquents et d'origines diverses: des parents qui ont été hospitalisés ou des contacts antérieurs mal vécus avec la psychiatrie, le poids de la stigmatisation sociale ou familiale liée au monde psychiatrique. Le contact avec cette population est facilité par la mobilité des intervenants RESSORT qui se déplacent au centre social ou sur le lieu de la mesure, par la souplesse des conditions d'entretien et par le levier que constituent les perspectives de faciliter l'insertion. La prise en compte et la discussion des craintes et des préjugés exprimés par les jeunes au sujet de la psychiatrie permet souvent de dédramatiser les choses.

Profil des bénéficiaires

Sur le plan de leur parcours, 84% des jeunes rencontrés par RESSORT ont terminé l'école obligatoire, 5% n'ont pas mené leur scolarité à terme, 2% ont passé une maturité et 9% ont un CFC. 65% d'entre eux n'ont pas eu d'activité professionnelle ou de formation durant l'année précédant la prise en charge. En termes qualitatifs, la majorité témoigne d'un parcours de vie complexe et difficile: familles éclatées ou dysfonctionnelles, souffrance et difficultés provoquées par la migration, présence de négligences ou de maltraitances précoces. Dans un certain nombre de cas, les difficultés ont été telles et accompagnées de problèmes comportementaux que cela soulève la question de la détection par l'école des enfants à risque ou de la continuité du suivi entre l'adolescence et l'âge adulte. D'autres jeunes semblent « simplement » n'avoir pas bénéficié de modèle positif d'intégration, leurs parents étant eux-mêmes en rupture socioprofessionnelle.

Sur le plan psychopathologique, en ne tenant compte que du diagnostic principal, on observe au terme de l'évaluation 25% de troubles de l'humeur, 23% de troubles anxieux et 19% de troubles de la personnalité. Cette dernière catégorie est probablement sous-représentée en raison du fait qu'elle est souvent mentionnée en deuxième diagnostic (on peut faire la même remarque en ce qui concerne les 5% de troubles liés à la consommation de substances). Un cinquième des jeunes personnes de la cohorte sont en cours d'évaluation ou d'orientation et n'ont donc pas

(encore) de diagnostic, bien qu'ils présentent des troubles. Enfin seuls 3% des jeunes rencontrés ne présentent aucun trouble psychiatrique diagnostiquable, ce qui met en lumière la qualité des signalements effectués à RESSORT par les travailleurs sociaux.

La question du diagnostic est rarement simple en psychiatrie mais la cohorte de RESSORT laisse apparaître une catégorie de troubles qui échappe à toute étiquette, ce que nous avons surnommé, à défaut de mieux, la « zone grise ». Celle-ci intègre 44% des jeunes de 18-25 ans rencontrés à RESSORT. Certains ont bénéficié d'un diagnostic de troubles de l'humeur, mais ceux-ci sont en général légers, parfois accompagnés de symptômes anxieux souvent sub-cliniques, ou de probables troubles de la personnalité sans dominante claire.

A ces tableaux cliniques peu marqués et mixtes s'ajoutent des consommations de substances (le plus souvent alcool et/ou cannabis) chez des jeunes dont le soutien familial se caractérise souvent par une absence ou un excès. Il ne s'agit pas de marginaux dont les positions philosophiques se distancient activement du « mainstream », mais de jeunes affectés d'un manque majeur de motivation, qui ne parviennent pas à s'envisager dans la société par rapport à laquelle ils ont beaucoup de colère et un sentiment de préjudice. Pour cette population, l'engagement dans les soins et l'insertion professionnelle sont rendus très difficiles du fait de l'absence de levier motivationnel.

Résultats de la prise en charge

47% des jeunes adultes suivis par RESSORT sont entrés en soins à la sortie du programme ou au moment de la « photographie descriptive ». Ce chiffre peut donc encore être amélioré par la future orientation vers des soins des personnes qui sont actuellement au début de leur prise en charge RESSORT. 6% des jeunes ont fait l'objet d'une demande à l'AI. On observe par ailleurs que 16% des jeunes sont en formation, en stage ou en emploi à l'entrée dans RESSORT, alors qu'ils sont 28% à la sortie du programme ou actuellement. Cet effet sur l'insertion ne peut naturellement pas être imputé uniquement à RESSORT, dans la mesure où l'effet des MIS ou simplement le temps écoulé ont également une influence, mais il paraît clair que le soutien spécialisé et la prise en compte des troubles ne peuvent que favoriser l'efficacité de l'insertion.

Un autre avantage des interventions de RESSORT concerne les partenaires sociaux, qui ont désormais accès plus facilement qu'auparavant à des réponses aux problèmes posés par les jeunes manifestant des fragilités psychiques: le comportement à adopter avec le bénéficiaire, la pertinence de faire un signalement à l'AI, la difficulté de collaborer avec les médecins traitants, la problématique des sanctions pour manque de coopération, les problèmes de motivation, etc. sont des questions fréquemment rencontrées et auxquelles le travail en réseau et la collaboration étroite avec des soignants en psychiatrie permettent de répondre partiellement. La discussion des situations signalées permet une autre compréhension de la problématique et des enjeux. L'accès aux informations pertinentes sur l'état de santé du bénéficiaire est facilité pour les intervenants sociaux, bien que le diagnostic reste couvert par le secret médical. Enfin, les intervenants de RESSORT contribuent à la sensibilisation et à la destigmatisation des troubles psychiques et en favorisent la détection.

Limites et perspectives

Si l'intervention aussi précoce que possible se justifie en cas de troubles psychiques avérés, il s'agit de rester très attentifs à ne pas psychiatriser la moindre difficulté dans le parcours insertionnel des jeunes, dont la majorité va finalement trouver une solution. Les intervenants de RESSORT sont souvent confrontés aux attentes magiques et démesurées de certains travailleurs sociaux envers la psychiatrie ou la psychothérapie, qui devrait surmonter tous les « blocages » et normaliser tous les comportements. Il arrive également qu'une méfiance excessive envers la psychiatrie se manifeste, tant chez les jeunes que chez certains intervenants socio-éducatifs. Les efforts pour convaincre se heurtent alors parfois à la saturation relative du réseau médico-soignant, qui ne permet pas toujours un accès rapide vers le thérapeute qui semble idéal dans telle situation. Enfin, de nombreux jeunes souhaiteraient pouvoir garder une intervention du genre RESSORT, souple et mobile, mais RESSORT ne reste pas en première ligne des soins et ces interventions communautaires sont encore rares dans le réseau.

Il est effectivement important de trouver le bon dosage et réfléchir à la prise en charge la plus légère possible susceptible de maintenir ou de rétablir une dynamique de développement. Seuls les jeunes les plus fragiles et présentant un haut risque de dégradation de leur état devraient être dirigés vers des prises en charge plus lourdes.

Par ailleurs, il faut tenir compte du fait que les interventions psychiatriques, même indiquées, n'aboutissent pas toujours, surtout pour les personnes qui consultent « passivement », pour faire plaisir à leur entourage et sans trouver de sens personnel à la démarche. Les jeunes manquent souvent de la maturité nécessaire ou ne parviennent pas (encore) à admettre leurs difficultés, ce qui a pour conséquence un taux d'orientation vers les soins plus faible que pour les autres catégories d'âge. Les autres facteurs que l'on peut décrire sont les préjugés culturels ou familiaux.

Pour améliorer la prise en charge des difficultés psychiques chez les jeunes adultes, de nombreuses pistes pourraient être explorées: affiner la détection de ces troubles au niveau scolaire déjà; réduire le délai de réaction entre l'observation des premières difficultés et le premier signalement; la présence de spécialistes en santé mentale (par exemple infirmiers) dans les CSR ou les MIS pourrait faciliter cette détection précoce en allégeant et en dédramatisant le processus d'évaluation. L'amélioration des échanges d'informations et de la collaboration entre les mondes médico-soignant et socio-éducatif doit se poursuivre, tout comme l'amélioration de la continuité des soins entre mineurs et majeurs. La psychiatrie communautaire devrait être développée davantage afin d'offrir des alternatives souhaitées aux prises en charge classiques.

Conclusion

L'intervention d'intervenants de la psychiatrie dans le « milieu naturel » des jeunes permet d'identifier les situations les plus sérieuses et d'orienter vers des soins adéquats la moitié des jeunes signalés. Ces interventions contribuent également à destigmatiser les troubles psychiques et leur prise en charge par la psychiatrie.

III. « Re-lier » la santé et le social ; et si l'avenir était dans le passé...

Dr. Philippe Rey-Bellet, chef du Département de psychiatrie et psychothérapie
du Valais romand de l'Hôpital du Valais

Introduction

Si j'ai choisi d'intituler mon intervention « *re-lie* la santé mentale et le social » avec comme sous-titre, « *et si l'avenir était dans le passé* », c'est pour une raison bien précise. Le progrès des connaissances, l'essor des disciplines tant dans le champ médical que social, pour souhaitable qu'il soit, a aussi induit une fragmentation des savoirs, nécessitant de nouvelles modalités de coordination entre les disciplines pour répondre à la souffrance humaine. Un retour au passé représente ici sans doute une nécessité, car pour savoir où l'on va, il est préférable de savoir d'où l'on vient, et d'autre part les enseignements du passé peuvent nous être très utiles pour affronter les enjeux actuels.

Face à la complexité de la vie psychique, aux multiples déterminants de la souffrance humaine, il m'apparaît indispensable de maintenir un regard pluriel sans réductionnisme aucun. Les dernières décennies du siècle passé, où la psychiatrie s'est trouvée prise dans un formidable élan positiviste, en grande partie lié à l'avancée des neurosciences, nous ont bien montré l'illusion qu'il y avait à s'imaginer pouvoir réduire les troubles psychiques à des maladies dont la réponse se trouverait principalement dans une pharmacothérapie adaptée. Loin de moi l'idée de nier les progrès qu'ont pu nous amener des traitements plus adaptés, moins grevés d'effets secondaires, mais force est de constater que ces espoirs ont été bien décevants par rapport aux attentes.

Face à cette complexité de la vie psychique, dont les déterminants peuvent être autant biologiques que dans l'histoire du sujet, dans son environnement social ou familial, le seul regard médical ou psychiatrique est bien insuffisant pour en appréhender les multiples facettes et y donner des réponses satisfaisantes.

Deux brefs exemples peuvent illustrer ces enjeux. Nous avons pu constater dans les années 90 une explosion des demandes de soins psychiatriques en Europe, du nombre d'hospitalisations avec une corrélation quasi linéaire au taux de chômage. Il est donc indéniable que les conditions sociales de l'individu participent directement ou indirectement à sa santé mentale.

Un autre exemple pourrait être lié au trouble schizophrénique, où la participation biologique, génétique à la genèse de ces troubles est quasi indéniable. Longtemps a régné l'idée que la prévalence de la schizophrénie était tout à fait ubiquitaire à travers le monde. Toutefois les recherches épidémiologiques de ces dernières années nous ont clairement montré qu'il existait des différences notables dans la prévalence de la schizophrénie, avec une nette augmentation de la survenue de tels troubles dans les zones urbaines, ou chez les migrants de 2^{ème} génération. Il est bien difficile à ce stade d'en déterminer les raisons précises. S'agit-il de déterminants biologiques, environnementaux liés à la vie citadine, à la migration ? S'agit-il de la pression sociale, de la multiplication des liens interhumains ou du type de liens interhumains que l'on rencontre en milieu urbain ? Ces questions restent tout à fait ouvertes.

Les soins aux personnes souffrant de troubles psychiques ont également évolué ces dernières années, se situant beaucoup plus dans le champ de la santé mentale et non plus seulement de la psychiatrie et donc du champ médical. Cette ambition, pour souhaitable qu'elle soit, met la barre extrêmement haut quant aux attentes sociétales, et surtout ne saurait être du seul ressort de la psychiatrie.

En témoignent ainsi les définitions de l’OMS:

- Santé: « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (OMS, 1946)
- Santé mentale: « *un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2010)

On voit bien à travers de telles définitions qu'elles englobent largement le social et le soin d'une manière quasiment consubstantielle et indissociable.

Il est important de noter que durant cette même période, dans la deuxième partie du siècle dernier, l'évolution des disciplines, les spécialisations du champ d'intervention du sanitaire et du social ont amené nos structures respectives à préciser leurs champs d'intervention, leurs compétences relatives. Cela s'est traduit par des règlements, des législations, des mesures d'efficience des structures institutionnelles mettant souvent l'accent surtout sur la logique propre à chaque discipline avec le risque de morcellement ou de réification de la souffrance humaine. Nous sommes sans doute là face à un effet secondaire des progrès des connaissances en santé mentale. Il est donc nécessaire de questionner fondamentalement nos paradigmes, nos manières d'organiser et de faire vivre nos structures institutionnelles.

Constitution du secteur né de l'intégration du champ social dans la psychiatrie

Si l'on revient brièvement à l'histoire de l'asile psychiatrique, il est important de rappeler que ces structures sont nées d'un courant administratif, d'une tentative de réponse à la souffrance humaine qui ne faisait historiquement que peu de distinction entre troubles psychiques, misère sociale, inadaptation à la vie en société. Il s'agissait alors de trouver une réponse sociétale à ces problématiques, réponse qui s'est faite pour diverses raisons par la création des hospices, des asiles, mais avec comme corolaire une mise à l'écart de la société. La psychiatrie en tant que discipline médicale est donc née sur ce terreau, bien éloigné de ce que l'on considère actuellement comme le champ médical.

Il s'agissait alors de garantir un ordre sociétal, se faisant principalement par cette mise à l'écart, avec l'idée sous-jacente, comme avait pu le faire Pinel avec son idée du traitement moral, de « *mettre le sujet hors des passions du monde* » afin qu'il retrouve la raison. Le rôle de l'asile était alors de contenir, de mettre de l'ordre, comme peuvent en témoigner notamment les conceptions architecturales des asiles d'antan, par exemple les plans architecturaux de bien des établissements psychiatriques, avec une volonté affichée d'un certain « ordre ».

Naissance du secteur, de la psychiatrie communautaire et interdisciplinarité

Au cours du siècle dernier de nombreuses évolutions ont pris place dans le champ de la santé mentale. Au tout début du siècle l'avènement de la psychanalyse nous a amenés à reconsidérer notre conception de l'être humain, en particulier par la mise en lumière que l'essentiel de son fonctionnement psychique est inconscient, intimement lié à son histoire, mais aussi et surtout en redéfinissant complètement les rapports du normal et du pathologique, les situant en termes de continuité, ou dans

une vision plus actuelle comme une coexistence de registres de fonctionnements psychiques multiples, présents chez tout être humain, mais se manifestant ou non selon des circonstances environnementales complexes. Cela a représenté une révolution majeure dans la compréhension des troubles psychiques dans le sens où il n'existe dès lors plus de distinction entre le « fou » et le sujet dit « normal ».

Une autre des évolutions majeures du siècle dernier a aussi été le constat des méfaits de l'asile, de la mise à l'écart de la société au travers de l'asile, qui a été fait dans l'immédiat après-guerre. Bon nombre de soignants ayant fait l'expérience de l'emprisonnement, des camps de concentration, ont été frappés par les parallèles qu'ils pouvaient voir dans le fonctionnement très réglementé des asiles d'antan et des camps de concentration ou de prisonniers. On s'est aperçu alors que cette mise à l'écart, cette volonté de normaliser la folie était en elle-même génératrice de troubles, de disjonction avec la vie sociale, et aussi productrice de souffrance, d'abus sur la personne, quelque louables qu'aient pu être les intentions initiales.

L'abandon, plus ou moins relatif, dans lequel étaient cantonnés les malades psychiques a généré ce que certains ont appelé « *des pathoplasties asilaires* », laissant non seulement le sujet dans une grande solitude face à ses difficultés mais surtout aggravant ses souffrances de par les conditions de vie asilaire. En quelque sorte, il s'agissait du constat que cette ségrégation opérée par une vision asilaire des soins produisait également des troubles.

Ces constats, associés à bien d'autres courants comme la systémique, l'anthropologie, la sociologie, etc, ont amené à une transformation majeure des hôpitaux psychiatriques, ainsi qu'à la création dans l'immédiat après-guerre de la psychiatrie communautaire ou encore de la psychiatrie de secteur, selon la terminologie française, avec l'idée alors très novatrice que traiter les troubles psychiques au sein de la société représenterait une réponse médicale bien plus efficace, selon un paradigme biopsychosocial. Cette vision a donc impliqué de mettre l'intégration sociale comme un élément central des soins psychiques, ce qui reste d'une actualité brûlante.

Un des corollaires de ce changement paradigmatique a été la création progressive d'équipes pluridisciplinaires, incluant le médical, le soin, la dimension sociale, les approches à médiation telles que l'ergothérapie, l'art thérapie, la psychomotricité. Se sont donc constituées de grandes équipes pluridisciplinaires afin de répondre précisément à cette vision plurielle et complexe du fonctionnement psychique et des troubles mentaux.

Ces évolutions dans les paradigmes de soins et de compréhension des troubles mentaux ont aussi eu d'une certaine manière des effets secondaires, probablement inévitables transitoirement, qui ont amené dans le dernier quart de siècle à des fonctionnements cloisonnés par discipline (distinction médecine somatique et psychiatrie, psychiatrie hospitalière et ambulatoire, santé versus social, définition plus précise des soins infirmiers psychiatriques qui s'occupaient jusqu'alors de tout, etc.).

Dans les décennies 70 à 90 nous avons pu constater une ouverture formidable des institutions psychiatriques avec la constitution de la psychiatrie de secteur ou communautaire. Cela a impliqué un décroisement des équipes sociales et de

santé dans le communautaire ainsi que la création d'équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, assistants sociaux, ergothérapeutes...) qu'il s'agissait de faire fonctionner comme un ensemble qui, lui, aurait une capacité soignante bien plus grande. Cela a représenté une évolution majeure dans les soins aux personnes souffrant de troubles psychiques, avec une humanisation de la psychiatrie, offrant aux personnes souffrant de troubles psychiques une réponse coordonnée plurielle sans réelle disjonction entre la santé et le social.

Sur le plan strictement médical, la psychiatrie a aussi été amenée à redéfinir son champ d'intervention, en se situant comme une discipline médicale à part entière, en cherchant notamment au travers de nos systèmes de classification des troubles mentaux à gagner une légitimité scientifique.

De manière simultanée, les évolutions dans le champ des neurosciences et des avancées psychopharmacologiques ont aussi entraîné une médicalisation de la souffrance humaine comme on a pu le constater dans le champ des addictions, ou de la grande précarité. Cela a aussi eu comme conséquence de rejeter d'une certaine manière les problématiques sociales hors du champ de la psychiatrie, comme dévolues au monde social et non plus au champ médical de la psychiatrie. Nous connaissons tous de multiples exemples où le monde médical et le monde social se renvoient la balle concernant une personne qui va mal, chacun estimant d'une manière somme toute assez fondée de chaque côté, que c'est à l'autre d'y donner réponse.

Les modèles d'organisation de nos structures socio-sanitaires découlant de ces évolutions ont aussi opéré des scissions rendant bien plus difficiles les réponses coordonnées. Comme en témoigne la disjonction du social et du sanitaire qui s'est opérée dans les années 90 en Suisse dans leurs modalités de financement respectives, dans leurs règles internes, en réponse aux besoins inhérents à chaque discipline de définir son champ d'intervention propre. Chaque discipline a sa logique interne, ses règlements, ses mécanismes d'évaluation, sa définition de son champ d'intervention, et la nature humaine aidant (esprit de territorialité ?), nous nous sommes trouvés pris dans le besoin de définir un périmètre d'intervention, de définir nos compétences propres, en les opposant parfois au champ d'intervention des autres.

La tendance au contrôle, aux mesures d'efficacité de nos sociétés modernes (par exemple exigences de l'OFS, l'ANQ¹,...) est potentiellement un écueil majeur aux soins car les mesures d'efficacité de qualité de chaque discipline sont évaluées à l'aune d'outils spécifiques à la discipline. Cette volonté de scientificité a induit la nécessité de simplification, de réduction de la complexité, chose rendue nécessaire comme dans toute approche qui se voudrait scientifique ou objectivante.

Cela ne me semble pas un problème en soi, mais uniquement lorsque nous perdons de vue l'objectif final qui est une réponse à la souffrance du sujet, qui nécessite non seulement une juxtaposition des interventions mais une soigneuse articulation de champs d'interventions complémentaires, seule à même de prodiguer un soulagement.

¹ Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques [réd.]

Le sujet souffrant, qu'il s'adresse en premier lieu à une structure soignante ou à une structure sociale, se fiche éperdument des questions épistémologiques de nos champs d'interventions respectifs, mais entend essentiellement recevoir une réponse cohérente à sa souffrance. Il serait sans doute utile de revenir ici à la notion de pensée complexe ou de transdisciplinarité développée par Edgar Morin mais le temps de cet exposé est un peu bref pour cela.

Mentionnons seulement qu'il avait fait le constat que les frontières disciplinaires, le langage de chaque discipline, ses concepts propres risquent d'isoler la discipline par rapport aux autres et surtout par rapport aux problèmes concrets qui eux ne s'arrêtent pas aux frontières de la discipline. L'esprit disciplinaire risquerait de devenir un esprit de territoire, de propriété qui ne tolérerait guère une intrusion étrangère à son champ. Pour l'anecdote, l'origine du mot discipline est un petit fouet pour s'autoflageller permettant donc l'autocritique. Dans un sens dérivé, la discipline devient le moyen de flageller celui qui s'aventurerait dans le domaine des idées considérées par une autre spécialité comme sa propriété.

Sans entrer dans les considérations sémantiques de ces différentes terminologies (inter, multi, pluri, transdisciplinarité), allant de la juxtaposition des disciplines à une réelle interpénétration, l'enjeu est de faire face sans réductionnisme à la complexité de l'être humain. Il ne s'agit nullement de revenir à une conception humaniste naïve préscientifique mais à une modalité d'appréhension de la réalité psychique complexe, qui ne peut se faire qu'au travers de l'articulation de champs épistémologiques différents, au travers « mis en réseau » de champs partiels, comme la seule voie possible pour arriver à une compréhension la moins réductrice possible de la complexité du fait psychique.

Dans notre monde contemporain, les pratiques interdisciplinaires et les interventions intégrées deviennent un enjeu majeur, comme dans les violences domestiques, la grande précarité/exclusion (souffrance psychique d'origine sociale, modification de la souffrance ou « *on ne souffrirait plus comme avant* » ? (Jean Furtos), la psychiatrie sociale avec l'accompagnement dans la cité de personnes qui autrefois étaient qualifiées de grands chroniques et restaient sédimentés dans l'asile.

On pourrait résumer aussi cette évolution des dernières décennies comme ayant mis sur le papier, traduit dans des structures institutionnelles et législatives les disciplines, le rôle de chacun, induisant du coup des séparations artificielles dans la réponse politique à la souffrance humaine, sur un mode opératoire, bien plus lié au besoin de définition de ses structures, qu'elles soient médicales ou sociales, aux enjeux du financement et de maîtrise des coûts qu'au besoin de réponse à la souffrance humaine.

L'institution comme un modèle organique

Revenons à l'asile d'antan, car il correspondait précisément à une volonté d'ordre, à une vision assez totalitaire et normalisatrice de la folie, de la souffrance humaine. La « discipline » y jouait un rôle extrême, dans une volonté normalisatrice de la folie, ce qui, comme l'histoire nous l'a montré, a été profondément iatrogène et déshumanisant.

L'émergence du courant de psychothérapie institutionnelle a représenté une évolution majeure dans la conception de l'institution psychiatrique. Il est nécessaire ici de distinguer, comme l'avait fait Tosquelles, la notion d'établissement et d'institution. Par établissement il entend les murs, l'organisation physique ou géographique d'un organisme soignant et, par institution, un ensemble d'êtres humains, de professionnel-les en relation les uns avec les autres interagissant entre eux selon certaines règles, selon certaines modalités constituant ainsi un ensemble organique en perpétuelle modification. Il s'agit donc de permettre à la personne souffrante de se « *mouvoir au sein de nos institutions* » librement, de repérer ses modalités d'investissements, de mettre en commun les regards divers de professionnels de champs différents, sans tenter d'en réduire la complexité, mais bien au contraire en mettant en lumière les différents aspects et modalités de fonctionnement psychique comme la seule possibilité d'appréhender la complexité du psychisme humain et de tailler des réponses « sur mesure ».

Seule une institution définie de la sorte, en renonçant à ses velléités normatives, permet de repérer au travers des mouvements d'investissement de la personne des différents intervenants, des différents lieux, de ses divers registres de fonctionnement, sa problématique propre sans la réduire au paradigme biomédical et permettant ainsi, en considérant l'institution comme un organisme soignant, de donner une réponse plus adaptée à la souffrance du sujet.

Le mouvement de désinstitutionnalisation des dernières décennies a aussi opéré un transfert dans la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiques durables dans des institutions médico-sociales, où le risque serait grand de retrouver les mêmes enjeux qu'avaient rencontrés les asiles d'antan, si la vision prédominante est d'encadrer des personnes ayant un « handicap psychique ». On rejoindrait alors une vision défectologique de la psychiatrie, laissant entendre que les troubles psychiques seraient de l'ordre du déficit, du manque auquel il s'agirait de pallier par un encadrement adéquat. Le risque serait alors une disjonction entre les soins psychiques (créer un mouvement, du nouveau, une manière autre d'être en relation avec soi-même et les autres) et l'accompagnement nécessaire aux « handicapés psychiques », donc avec uniquement un manque, une absence de capacité à laquelle il s'agira de pallier.

Si la notion de handicap psychique, c'est à dire d'une atteinte fixe, durable dans le temps, est dangereuse dans le sens où elle place le sujet dans une situation figée, elle est en même temps utile, il est aussi important de le souligner, afin de donner à la personne une aide, une sécurité matérielle souvent indispensable, pour que les soins psychiques puissent être mis en œuvre.

Cette distinction entre trouble psychique et handicap psychique est très bien illustrée par cet aphorisme cité par René Angelergues : « *la maladie, c'est l'aventure, le handicap, c'est la sécurité* ». La maladie, c'est l'aventure, car je peux guérir (du moins je peux l'espérer) ou je peux aller plus mal... Le handicap c'est la stabilité, mais avec un projet de vie limité et qui nécessiterait une sorte d'orthèse externe.

Puisque le handicapé psychique n'est pas figé dans une maladie mentale chronique, des espaces d'incertitude doivent être pris en compte. Les variations sont soit imprévisibles, soit difficilement canalisables. Cela implique donc une plasticité nécessaire de nos structures, de mettre au travail les interfaces entre nos dispositifs

institutionnels, qu'ils soient du champ médical ou social, bien plus qu'un souci de définition stricte de nos missions respectives.

Conclusion

Est-ce que nos sociétés, toutes affairées à organiser de manière rationnelle nos institutions, à en mesurer l'efficacité, la rentabilité ne feraient pas fausse route dans ce besoin quasi taxonomique de classification, d'organisation et de maîtrise ?

La souffrance individuelle pourrait être prise comme point de départ organisateur qui remplacerait ce besoin, par ailleurs très illusoire, de maîtrise, de rationalisation. Il est donc nécessaire de confronter nos systèmes à la finalité des institutions, qui est le soin, indépendamment du fait que la réponse vienne du médical ou du social.

L'idéologie de l'assurance de la qualité travestit parfois la notion de qualité pour n'évoquer qu'une mesure d'indicateurs purement quantitatifs. Ainsi, les arguments qui rendent légitime l'adoption d'un standard dit de « qualité » sont toujours présentés comme des « preuves quantifiables » qui se veulent scientifiques, des arguments évoquant l'objectivité ou encore la rationalité, bien éloignés à mon sens d'un réel processus qualitatif. Ce changement dans les valeurs du soin a un impact non seulement sur le malade et le soignant mais également sur l'alliance ou le contrat qui les lie et donc sur la finalité de leur relation.

Les notions de qualité versus quantité, comme de subjectivité versus objectivité, se trouvent dans une opposition conceptuelle fondamentale mais qui ne me semble qu'une illusion de surface. La qualité comme la subjectivité, comprises dans leur sens premier, renvoient à une irréductible singularité de l'être humain, de son fonctionnement psychique, de sa complexité, que la réduction à des données quantitatives conduirait à un appauvrissement. En effet, si la qualité d'une chose ou la subjectivité d'une expérience reposent sur une singularité irréductible, les quantifier, c'est à dire les mesurer en les comparant à d'autres choses, demeure impossible sauf en niant la complexe unicité du fonctionnement humain.

La souffrance subjective, endurée par la personne, motive la demande d'aide ou de soins et cela indépendamment de nos structures, qu'elles soient médicales ou sociales.

La souffrance comme la détresse sont les expériences qui légitiment le soin, l'aide ou l'assistance au sein des collectivités humaines.

En d'autres termes, si aujourd'hui nous évaluons les actes de soin ou d'assistance prodigués à une personne souffrante à ses dimensions objectives, ses aspects subjectifs (expérience vécue, ressentis, représentations) ne sauraient être relégués à un épiphénomène accessoire car ils sont au moins aussi déterminants que les premières sur la finalité du soin. Cette dimension subjective orientera en effet tous les aspects de l'acte de soin ou d'assistance, comme son déroulement, sa durée, sa valeur, son utilité, son résultat et cela autant dans ses aspects cliniques, techniques, sociaux, économiques.

Il est donc nécessaire à mon sens de repenser le « psy » et le « social » comme une seule méta-institution intégrant de manière organique ses composantes, garantissant une perméabilité interinstitutionnelle au quotidien. Le « psy » doit s'engager dans la voie du social et à l'inverse le monde social ne peut ignorer le « psy », en acceptant

les questions dérangeantes sans rejet. Accepter de marcher sur les plates-bandes de l'autre est à mon sens indispensable, c'est à dire de sortir des logiques territoriales, de questionner les autres disciplines comme de se laisser questionner par les autres, y compris en intégrant cela dans les gouvernances institutionnelles. Une des plus grandes difficultés est que cela va sans doute en partie contre la nature humaine, son besoin de maîtrise et de définition d'un territoire propre.

Pour conclure, l'enjeu majeur me paraît donc que nos structures, comme les humains qui les composent, soient à même de se laisser transformer à chaque rencontre, plutôt que de multiplier à l'infini nos dispositifs, comme s'il s'agissait d'en redéfinir un nouveau à chaque écueil, à chaque problématique clinique sortant de nos cadres institutionnels. Il faut donc garantir à nos structures institutionnelles respectives, tant dans le champ médical que social, un côté organique, souple et adaptable, comme la seule réponse possible à l'irréductible singularité de la souffrance humaine.

IV. Accueil et habitat: souplesse et adaptation

Christian Chenaux, éducateur, responsable d'unité La Traversée, Fribourg

Ma présentation s'intitule « *Accueil et habitat* » et dans ce domaine les maîtres mots sont « souplesse et adaptation ».

1. Contexte

Pour le thème d'aujourd'hui, « *Souffrance sociale et santé psychique: le rôle pivot du travail social* », je vais procéder à une comparaison de deux situations: d'abord le contexte dans lequel j'ai travaillé en 1982, puis la situation actuelle. Le propos n'est pas de dire que « *c'était mieux avant* »; le but ici est de relever qu'il y a des erreurs à éviter, qu'on ne peut pas tout mettre dans le même panier. Aujourd'hui, il y a des nouveaux défis auxquels il faut faire face, qui sont principalement dus aux changements sociétaux, aux conséquences de la croissance économique, à l'exigence de rentabilité.

2. Souffrance sociale et Etat-providence

Avant

La pauvreté était générée par l'exclusion, notamment par l'exclusion du salariat. L'Etat-providence s'est construit avec le but de compenser les effets des incapacités à travailler.

La Traversée, en 1982, a voulu offrir une structure pour les personnes en situation de handicap psychique, qui puisse leur offrir un accompagnement professionnel et un habitat dans un lieu de vie ordinaire. La collaboration avec les autres prestataires de service était diversifiée. Le réseau autour de la personne accueillie comme locataire était large. Notre rôle s'est de suite défini parmi ce réseau pour s'adapter au résidant. Ces résidents avaient une occupation, soit un travail dans une institution, soit au sein du service public ou d'une entreprise, ou en atelier protégé. Le cadre de vie ordinaire sur lequel on insiste correspond à proposer la location d'appartements et studios protégés dans une logique qui vise l'apprentissage à la vie autonome. C'est avec le souci d'honnêteté et de cohérence que nous travaillons au quotidien.

Nous avons un lieu d'accueil de jour, qui sert également de bureau. C'est un espace communautaire pour les rencontres, les repas, les loisirs et le travail administratif.

Nous offrons aussi un accompagnement externe pour permettre aux personnes de maintenir leurs acquis et prévenir les rechutes. Ces personnes ont leur propre lieu de vie, et nous agissons pour offrir soutien et présence.

Aujourd'hui

La pauvreté passe toujours par l'exclusion, mais actuellement le narcissisme et l'individualisme des institutions pose problème. La souffrance vient donc de la pauvreté du lien social entre les cadres institutionnels et les bénéficiaires.

La Traversée, comme association, a toujours le même rôle qu'à ses débuts. Toutefois, le problème majeur auquel nous essayons de faire face nous amène à

nous battre contre la mouvance générale pour réussir à donner du sens à la vie de nos bénéficiaires. Cette mouvance générale, contraire à notre logique, s'explique par le marketing des institutions qui veulent dorer leur image par des prestations qui ne font qu'éblouir. L'ambiance de rentabilité qui plane sur les institutions en devient le maître mot. La collaboration reste effective, mais beaucoup moins forte qu'auparavant. Chacun se décharge comme il peut de ses responsabilités et de ses devoirs. Par exemple, des structures renvoient au moindre écart les personnes qu'elles accompagnent, parce qu'elles ne répondent pas aux exigences du règlement. Ces structures n'offrent donc pas de souplesse aux personnes accompagnées. On peut légitimement se demander à quoi servent ces institutions si elles accueillent dans leurs rangs exclusivement des personnes non dépendantes? En quoi consiste l'aide apportée ? Ces institutions ont peut-être une bonne image, des bons taux de réussite, mais, selon moi, elles ne remplissent pas leur rôle, ni leur devoir.

Il en est de même avec les ateliers protégés qui refusent des personnes... pas assez rentables !

Notre **flexibilité** et notre **adaptation** ont leurs limites, nous ne pouvons pas être spécialisés dans ce que d'autres associations, fondations, hôpitaux, services et institutions seraient censés faire.

3. Santé psychique et valorisation des compétences

Avant

L'offre que nous proposons s'adapte aux besoins de la population. A savoir, acquérir et maintenir la stabilité psychique, favoriser le développement et le maintien des compétences pratiques et sociales en vue d'une autonomie dans l'habitat hors du contexte hospitalier ou institutionnel traditionnel. Les personnes étaient occupées à 100%, nous étions là pour nous assurer que l'occupation se passait dans les meilleures conditions possible et pour tout le reste.

Notre **disponibilité a toujours été accrue** pour les partenaires qui offraient des places de travail, afin de les aider à résoudre les problèmes qu'ils rencontraient. **On se déplaçait et on trouvait des solutions.**

Aujourd'hui

L'offre que nous continuons de proposer s'adapte autrement aux besoins de la population. Nos objectifs sont inchangés, mais la population est différente. Rares sont les personnes occupées à 100%; nous avons donc développé des activités qui leur sont proposées durant la journée.

L'occupation étant presque inexistante, il devient difficile pour nous de poursuivre seuls notre logique de stabilisation. La vie quotidienne des résidents a clairement changé parce qu'il ne leur est plus possible de trouver une place sur le marché du travail. C'est une tautologie, mais leur exclusion en tant que salarié renforce leur exclusion de la société. Est-ce que ce type d'exclusion peut contribuer à la santé psychique ?

4. Le rôle des partenaires et leurs liens

Avant

Le rôle de partenaires, d'associés était rempli. Le soutien était là.

Aujourd'hui

Les partenaires existent toujours, mais la plupart ne remplissent plus leur rôle de soutien.

Leur individualisation s'est accrue, pour mieux remplir leurs objectifs propres. Leurs quotas doivent être remplis, leur cahier des charges également, leurs budgets se rationalisent, les objectifs à atteindre se multiplient et se concentrent sur la bureaucratie, la rentabilité doit être prouvée... Les injonctions qui pèsent sur les institutions sont lourdes et les détournent totalement de leurs rôles.

Autrement dit, leur investissement est ponctuel, limité dans le temps et l'espace. Les personnes se retrouvent balancées d'un service à un autre, sans suivi et refusées dans certaines institutions. Les partenaires agissent seuls, ont probablement l'impression de remplir leur fonction, les quotas, leur cahier des charges, leurs auditions, mais la pauvreté de leur rôle de partenaires ne peut que renforcer l'exclusion des bénéficiaires.

5. Rôle pivot et trajectoires entre les mondes

Avant

Ce que pivot signifiait: être un intermédiaire, un relai capable d'agir en amont comme en aval, anticiper, participer à l'amélioration des conditions, être polyvalent dans les interventions.

La Traversée remplit ces fonctions, elle est un relai entre un monde institutionnel très normé, très réglé et la vie ordinaire. L'adaptation et la souplesse est ce qui permet de faire le pont entre ces deux mondes.

Aujourd'hui

Ce que pivot signifie dans la société, l'administration ou l'économie de manière générale: passer la « patate chaude » à qui voudra bien la prendre ou la renvoyer...

La Traversée a toujours la même signification de relai entre institution et vie ordinaire, sauf qu'il n'y a plus beaucoup de partenaires qui contribuent à aller dans le même sens.

6. Travail social et disposition à entrer en matière

Avant

Le travail social était sans doute moins professionnalisé et c'était une affaire sociale qui concernait la population et le marché du travail.

« Chacun » pouvait être un maillon du réseau, sans être une élite diplômée, il pouvait poser sa pierre à l'édifice.

Aujourd'hui

Le travail social s'est professionnalisé, académisé et bien qu'il y ait des aspects positifs aux formations, le décalage avec la réalité de la profession peut paraître effrayant.

La multiplication des professions à l'égard des bénéficiaires entraîne la déresponsabilisation de la société. Les professionnels ont parfois des fantasmes quant au travail social, mais ne se rendent pas compte de la marginalité qui se crée.

7. Exemples de vie

Exemples qui illustrent l'exposé:

- Un **homme**, Paul, qui avait gagné le prix de la réadaptation professionnelle, victime d'une restructuration économique, tout essayé, ne trouve plus d'emploi, même l'ORP n'y peut rien.
- Une **femme**, Marie, qui a finalement trouvé un emploi, mais nettement moins payé que les rentes AI.
- Les **jeunes** en formation qui savent déjà leur exclusion future du marché du travail.

8. En guise de conclusion

Notre travail permet la stabilisation de situations de vie, des liens de confiance avec les propriétaires à qui on loue des appartements se sont pérennisés, des collaborations peuvent toujours être fructueuses avec les réseaux des résidants. Pourtant, il y a un fossé entre les formations proposées aux résidants et le marché du travail. Il y a une déviance du rôle des institutions par rapport aux critères élitistes et comptables auxquels elles doivent répondre. Pour nous aider à nous remettre en question, les professionnels de La Traversée se réunissent souvent et c'est grâce aux espaces de parole et de réflexion que nous pouvons aborder ces changements sociétaux auxquels nous devons faire face. **Nous continuons d'être souples et de nous adapter aux situations que nous rencontrons**, mais nos forces ont également des limites puisqu'il est de plus en plus difficile de trouver des solutions avec la pauvreté du lien social du réseau des bénéficiaires.

V. Santé et social: une dynamique retrouvée

Mauro Poggia, conseiller d'Etat, chef du Département de l'emploi,
des affaires sociales et de la santé, Genève

En ma qualité de responsable de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et Canton de Genève, je suis évidemment directement concerné par le thème de cette journée, qui est au cœur de mes préoccupations et de mon engagement. Dès le début de la législature j'ai exprimé le souhait de renforcer les liens d'action entre la santé, le social et l'emploi, convaincu que nous devons intensifier la transversalité et créer des synergies entre ces politiques publiques. Elles sont évidemment intimement connectées. Coordonner les actions, créer des passerelles entre santé, social et emploi ne peut que nous aider à trouver des solutions pertinentes pour améliorer la qualité de vie de ceux qui sont atteints dans leur santé ou en manque de lien social. La cloison entre la santé et le social étant de plus en plus ténue, nous devons faire bouger ces frontières et les rendre plus poreuses tout en maintenant, de façon clairement définie, les centres de compétences de ces deux pôles.

Sachant que les conditions socio-économiques représentent, à hauteur de 40 à 50%, un facteur d'influence sur la santé; sachant que des problèmes de santé peuvent engendrer des difficultés d'intégration sociale; alors les vases communicants entre santé et social ne sont plus à démontrer. Nos structures de soins et d'accompagnement doivent aujourd'hui se calquer sur cette réalité.

Pour l'action politique, cette volonté de trouver de nouvelles synergies entre santé et social résulte d'un constat qui se situe à plusieurs niveaux:

1. Le niveau de la singularité de l'individu, d'abord (parfois même de sa famille ou des proches aidants), qui est confronté à une fragmentation de l'offre (entre le secteur hospitalier, la médecine généraliste et la myriade d'institutions et de services relevant du champ sanitaire et social), confronté aussi à des discontinuités de parcours, notamment à la sortie de l'hôpital ou à l'entrée en institution médico-sociale, ou à un manque d'offres répondant à ses besoins.
2. Le niveau des professionnels, ensuite, car ils sont confrontés, eux, à des difficultés de coopération par manque de culture commune, avec un champ d'actions et de responsabilités dont les frontières se déplacent. La spécialisation croissante a favorisé un cloisonnement, une dilution des responsabilités et une perte de continuité dans le processus de soins et d'accompagnement.
3. Enfin, le niveau des pouvoirs publics, qui ont fait émerger une grande diversité de structures, devant gérer un compromis entre un traitement de masse et un service personnalisé, et qui sont soumis à des contraintes financières.

Le type et le nombre de structures sanitaires, médico-sociales et sociales sont considérables à Genève. L'offre importante existante démontre d'ailleurs que les politiques ont pris à cœur cette question. En revanche, il est aujourd'hui nécessaire de renforcer davantage l'approche pluridisciplinaire, dont tous les acteurs doivent désormais converger vers les besoins de la personne. Les champs d'investigation transversaux concernent notamment le médical, l'intégration professionnelle, l'éducation et l'accompagnement social. Pourtant, ces secteurs sont encore trop fragmentés. La juxtaposition de structures rend l'offre de services et de soins peu lisible pour les usagers et leur entourage mais aussi pour les prescripteurs, souvent représentés par le médecin de famille.

Il est difficile de s'orienter facilement et rapidement vers le soutien adéquat. Le 21 novembre dernier, lors de ma participation au 3^{ème} colloque des réseaux de soins, j'ai eu le plaisir d'annoncer le lancement d'un « portail », permettant à nos concitoyens de se repérer plus facilement, en fonction de leurs besoins, dans l'ensemble de l'offre des prestations de prise en charge à Genève. Il va sans dire que, pour la personne novice en ces domaines, ce « portail » offre une meilleure lisibilité et de la cohérence dans la pléthore des prestations proposées en matière de soins et d'accompagnements annexes.

La multiplicité d'intervenants ne fait que renforcer le besoin de transversalité, de coopération et de coordination pour offrir les prestations ciblées. Une question sous-jacente à ce constat est celle de la coordination des soins et des accompagnements, et de l'intégration des services offerts.

Comment articuler au mieux toutes les prestations nécessaires pour la personne ? Comment permettre aux professionnels des domaines de la santé et du social de coopérer dans des conditions de qualité et d'efficacité économique en croisant les compétences ? Si les liens entre les différentes institutions se renforcent, je souhaite les systématiser pour que les offres de prise en charge soient suffisantes, de plus en plus intégrées et qu'elles répondent précisément aux besoins identifiés. Cela nécessite bien entendu la collaboration des différents dispositifs et les équipes de mon département s'y emploient, notamment dans le domaine du handicap, qui est l'une des politiques publiques dont j'ai la charge.

Je prends pour exemple la réflexion qui a été menée conjointement par la direction générale de la santé (DGS), le Secteur assurances sociales et handicap de la direction générale de l'action sociale (DGAS), les Etablissements publics pour l'intégration professionnelle (EPI) et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour développer de nouvelles interfaces entre le milieu hospitalier et les établissements pour personnes en situation de handicap mental avec troubles sévères du comportement.

Trois projets sont en cours de réalisation et seront mis en œuvre par les EPI et les HUG. Il est notamment prévu de mettre en place une antenne socio-éducative sur le site de Belle-Idée (historiquement consacré à la prise en charge psychiatrique) et de créer une structure intermédiaire ayant pour objectif de faciliter la transition entre le milieu hospitalier et le milieu socio-éducatif, mais également de prévenir les hospitalisations de longue durée. L'adaptation du dispositif permettra une prise en charge combinant l'approche socio-éducative et médico-thérapeutique. Il s'agit là d'une amélioration conséquente de l'offre disponible aujourd'hui pour cette catégorie de personnes et un bel exemple de synergie instaurée entre le social et la santé.

La convergence des politiques sanitaires et sociales s'illustre également à travers un projet d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap aux HUG. La direction générale de l'action sociale est partie prenante dans ce programme, qui vise à établir un nouveau standard de qualité pour la prise en charge des individus atteints d'un handicap mental ou moteur. La synergie entre social et santé va permettre d'améliorer l'accueil (notamment aux urgences) en désignant et formant des référents médicaux et soignants. Elle va permettre aussi d'assurer des prises en charge coordonnées intra et extrahospitalières, de garantir une communication de qualité entre le patient, son entourage et les professionnels des domaines de la santé et du social, notamment entre les établissements accueillant des personnes en situation de handicap (EPH) et les HUG.

Cette dynamique transversale se retrouve également à un niveau interdépartemental. Nous avons ainsi créé récemment un groupe de travail composé du DEAS (département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé), du DIP (département de l'instruction publique), du DETA (département de l'environnement, des transports et de l'agriculture), du DALE (département de l'aménagement, du logement et de l'énergie) et du DF (département des finances) pour renforcer la coordination et la collaboration en matière de handicap. Les obstacles à la mobilité, à l'accès aux bâtiments publics et privés, le manque de logements privés adaptés, peuvent mener à l'exclusion sociale des personnes en situation de handicap et, au bout du compte, à des placements prématurés en institution. Le développement de mesures dans ces différents domaines a donc des incidences sur l'institutionnalisation de ces personnes et sur le nombre de places disponibles dans les EPH.

La santé, le handicap, l'autonomie, la souffrance psychologique ou la précarisation sociale, sont des termes aux acceptions différentes selon les acteurs ; ce qui peut rendre la coordination compliquée. On constate que selon le point de vue envisagé en fonction des différentes définitions que l'on en donne, le centre d'intérêts et les objectifs des professionnels peuvent être très différents, voire divergents. Pour un même problème, cela peut correspondre à soigner un organe, assurer la sécurité, améliorer la qualité de vie, rendre l'environnement de la personne favorable pour lui permettre de réaliser les activités qui lui sont chères et pour maintenir un lien social. Si l'on prend le cas d'une personne handicapée ayant besoin d'assistance respiratoire: est-il préférable pour elle qu'elle reste à l'hôpital pour bénéficier de tous les soins techniques ou qu'elle rentre chez elle avec la mise en place de soins adaptés assurés par la famille? Cette question renvoie à la différence entre le « medical care » réalisé par les professionnels de la santé et le « social care » pris en charge en grande partie par les familles soutenues par les structures sociales.

A l'heure où le nombre de personnes précarisées ou en besoin d'aides à l'autonomie ne cesse d'augmenter, l'un des enjeux majeurs des systèmes de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale est de garantir la continuité et la cohérence des soins et des accompagnements apportés aux personnes qui ont besoin de ces prestations.

Ce dont il est ici question, et dont la mise en œuvre est sans doute plus difficile que son énoncé, est la désormais incontournable synergie entre santé et social, mais aussi emploi, qui doit faciliter la coopération des différents prestataires de services auxquels peuvent avoir recours les personnes atteintes dans leur santé, depuis le médecin jusqu'aux assistants sociaux, en passant par un prestataire, comme l'Imad (institution de maintien et d'aide à domicile), qui assure le ménage de l'appartement ou la livraison de repas. Cette dynamique entre santé et social nous permet d'optimiser l'utilisation des ressources, c'est-à-dire réduire le coût des soins et des services délivrés aux personnes, tout en améliorant leur qualité de vie. A un niveau politique, cette dynamique nous offre l'opportunité d'une meilleure écoute de l'évolution de la société et des problématiques qui émergent, afin d'anticiper ce à quoi le canton devra faire face dans les années à venir.

Mais ne perdons jamais de vue que la meilleure des politiques doit inévitablement passer par des femmes et des hommes qui devront la mettre en œuvre et qui, avant

cela, devront en être convaincus. Dans ce domaine, les intentions sont bonnes, mais les réticences bien présentes. La réussite de ce défi ne passera que par la lutte quotidienne contre les frictions auxquelles seront confrontées équipes médico-thérapeutiques et socio-éducatives, qui devront, mieux encore qu'aujourd'hui, apprendre à travailler ensemble.

VI. Travailleur social pour rétablir des terrains de médiation entre l'individuel et le collectif

Florence Nater, directrice de la CORAASP
(Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique) et
Barbara Zbinden, professeure, Unité de formation continue
de la HES-SO éesp à Lausanne

Introduction

Le thème de cette journée de l'Artias nous tient à cœur. C'est pourquoi nous vous remercions chaleureusement de nous y associer. Préparer cet exposé a été l'occasion de réfléchir et d'organiser nos pensées en portant un regard sur nos formations et nos pratiques d'assistantes sociales, un métier que nous avons exercé pendant plus de vingt ans dans des contextes différents et avec des fonctions différentes, mais dont une constante réside dans le fait que nos compagnons de route étaient toujours des personnes en souffrance psychique et leurs proches.

Ce sont ces personnes qui ont fait évoluer notre vision du travail social et qui nous ont conduites de l'aide et du conseil social individualisés dans des services traditionnels et locaux jusqu'à la mobilisation citoyenne nationale et à l'enseignement en passant par l'entraide.

Notre intervention d'aujourd'hui consiste à vous présenter un positionnement et quelques idées quant à la fonction du travail social dans le champ de la santé mentale et à illustrer ces points de vue à partir de l'exemple de la Coraasp, un modèle parmi d'autres et qui a soutenu l'élaboration de nos réflexions.

Voici les principales questions que nous nous sommes posées: pourquoi et à quoi se forme-t-on dans le travail social ? Quelles réalités rencontre-t-on sur le terrain, comment et avec qui y fait-on face ? La complexité et l'incertitude peuvent-elles être perçues comme des opportunités de changement et, si oui, comment les différentes parties prenantes peuvent-elles capitaliser leurs ressources et leurs valeurs avec des projets communs ?

Une identité professionnelle bien charpentée

Je me souviens avoir été marquée par une parole du sociologue Bernard Crettaz dans un colloque sur la tension vécue par de nombreux professionnels entre administrer et accompagner, et qui encourageait les travailleurs sociaux à y faire face en se dotant d'*une identité professionnelle bien charpentée*. C'est peut-être un peu grâce à lui que j'ai aujourd'hui l'idée que l'archétype du bâtisseur insuffle à chaque métier l'art de la construction, que ce soit dans la maçonnerie, en musique, en architecture ou... en travail social.

La définition du mot bâtir telle que proposée par le Larousse nous met bien en présence de l'idée de créer quelque chose à partir d'éléments hétéroclites et pluriels, puisqu'il s'agit:

- *d'élever sur le sol à l'aide d'un assemblage de matériaux,*
- *d'agencer selon certaines règles, mais aussi*
- *d'ordonner, financer, diriger un ouvrage qui peut être physique ou abstrait comme une théorie.*

Les constructions auxquelles s'emploient les travailleurs sociaux sont difficiles à démontrer, car elles sont faites d'une multitude de liens, très concrets mais invisibles, entre un individu et son environnement naturel, relationnel, matériel et social. Et pour preuve, voici en guise de rappel la définition du travail social par l'Association

internationale des écoles de service social et par la Fédération du travail social international, validée lors du congrès de Copenhague en 2001 :

*« La profession d'assistant social ou de travailleur social cherche à promouvoir le **changement social**, la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines et la capacité et la libération des personnes afin d'améliorer le bien-être général. Grâce à l'utilisation des théories du comportement et des systèmes sociaux, le travail social intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement. Les principes des **droits de l'homme** et de la **justice sociale** sont fondamentaux pour la profession. »*

On a donc bien affaire à des ouvrages complexes, incertains, mais ambitieux.

Si on pousse un peu plus avant l'analyse du texte de Copenhague, on peut en déduire que :

- les terrains de construction des TS se situent au **point de rencontre entre les personnes et leur environnement**, donc dans le « vivre ensemble ». Ces champs d'intervention se constituent à partir des différents réseaux de leurs clients, dont les histoires personnelles parlent de l'histoire de l'humanité et de la manière dont des individus s'organisent en systèmes collectifs, comment les uns et les autres y ont une place ou pas, un statut et des rôles valorisés ou pas, s'aident ou non, peuvent contribuer ou non à l'ensemble des échanges qui fondent une communauté, un pays, une société.
- Les TS ne visent ainsi pas la réduction de symptômes, de comportements ou de maladies individuelles. Leur principal objectif, plutôt prométhéen avouons-le, réside dans la **promotion d'un changement social**. Cela veut bien dire qu'ils ordonnent, financent et dirigent des projets qui engagent *des personnes* et *des groupes* dans des mouvements collectifs qui pensent et escomptent des évolutions pour l'ensemble de la société.
- Pour installer ou restaurer des ponts entre des individus et des groupes, les TS s'appuient sur une éthique pragmatique et situationnelle. La valeur de leurs gestes, même les plus techniques et les plus individualisés, se mesure à l'aune de leurs effets en termes de dignité humaine. Par exemple: il y a de nombreuses manières différentes de remplir un formulaire pour obtenir une aide financière ou une place dans un foyer. Lorsque les clients sont partie prenante de la démarche, qu'ils y voient une possibilité d'accroître leur sentiment de sécurité sans perdre pour autant leur droit à l'autonomie, et que les TS peuvent en expliquer le contexte et les enjeux, ils exécutent ensemble des tâches qui s'inscrivent dans le respect des **droits de l'homme et de la justice sociale**, car le droit au logement et à un revenu décent ouvre l'accès à la citoyenneté.

C'est pourquoi le militantisme associatif nous semble essentiel. Le militant n'est-il pas le bâtisseur du changement dans une cause que l'on cherche à faire évoluer ?

Le militantisme associatif au service du rétablissement individuel et social

« Ne demandez pas ce que votre pays peut faire pour vous. Demandez ce que vous pouvez faire pour votre pays. » John Fitzgerald Kennedy

C'est avec cette citation politique notoire, empruntée à un célèbre homme d'Etat, que je choisis d'introduire mon propos. Cette citation permet d'illustrer de façon assez pertinente l'histoire de l'action sociale en santé psychique menée depuis une vingtaine d'années par les organisations membres de la Coraasp (Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique) en Suisse romande.

Petit retour en arrière... Nous sommes dans la deuxième moitié du 20^{ème} siècle ; l'évolution des connaissances dans le domaine des neurosciences, le développement des approches psychologiques et sociales inscrivant l'individu en étroite interaction avec son environnement, l'épanouissement des mouvements contestataires dits de l'antipsychiatrie sont autant d'éléments qui modifient petit à petit la médecine psychiatrique qui vit un profond changement de paradigme: le concept de *psychiatrie asilaire* s'efface au profit de celui de *psychiatrie sociale*.

C'est dans ce contexte, à l'instar des mouvements d'usagers nés dans les années 1960 dans le domaine du handicap, que se créent, dès le milieu des années 1980, les premières associations d'usagers et de proches dans le domaine de la santé psychique en Suisse romande. Des personnes souffrant de troubles psychiques, des proches et des travailleurs sociaux se mettent alors en mouvement et ouvrent des lieux d'accueil conçus par eux-mêmes. Ces nouveaux espaces visent non seulement à répondre à des besoins d'accompagnement et de soutien différents de ceux offerts par les institutions psychiatriques médicales mais aussi à favoriser la citoyenneté en permettant aux différents acteurs d'être partenaires des échanges.

L'accompagnement individualisé articulé avec une démarche de socialisation

Tout commence par la vision qu'ont les travailleurs sociaux de la notion de rétablissement. Au lieu de se centrer sur les déficiences de leurs clients, les TS se focalisent sur ce qu'ils ont à traiter avec eux. Leur attention se porte ainsi sur la manière dont différents éléments personnels et environnementaux facilitent ou font obstacle à la participation sociale. Ce cadre d'intervention unit les TS et leurs clients dans une action concertée de transformation de la réalité. Une écoute attentive et bienveillante, des questions et des reformulations ciblées créent progressivement la confiance indispensable à cette relation de partenariat.

Lorsque les clients se réduisent à des problèmes ou à des maladies, les liens avec eux seront très vite tendus. Si les TS parviennent au contraire à supporter des récits faits de difficultés, d'injustices et de frustrations, à entendre sans vouloir résoudre, sans prétendre avoir des solutions, ils admettent fondamentalement leur impuissance à régler la situation de tiers. En laissant à ces derniers leurs insatisfactions, ils ne les privent pas de la possibilité de fournir leurs propres matériaux de construction dans des projets qui les engagent mutuellement.

Parler produit de la pensée et donc de la liberté. C'est cette liberté dont a besoin tout être humain pour se sentir exister, dans un espace donné, avec un statut et des

rôles. Si la seule pensée qui définit le trouble psychique est la pensée médicale, les personnes ne seraient que des patients, si elle est uniquement économique, elles ne seraient que des assistés, si elle n'est que normative et éducationnelle, elles ne seraient que des marginaux. Penser et se penser dans la société aide à y exister et s'y sentir créatif. Cela permet d'être reconnu et d'avoir une place, procure de la joie et du pouvoir.

Les TS engagés dans des structures aux exigences administratives très pointues, de type aide sociale, peuvent eux aussi profiter de cette capitalisation des ressources au travers de l'expérience de la maladie en encourageant leurs clients à rejoindre les groupes de paroles et les activités des associations d'entraide.

Aujourd'hui, le réseau associatif s'est considérablement développé en Suisse romande et ce sont plus de vingt organisations qui sont fédérées au sein d'une association faîtière romande, la Coraasp. De tailles et de structures différentes, ces organisations visent toutes à offrir aux personnes en souffrance psychique et/ou aux proches des lieux pour:

- **« être » – être avec son désarroi, sa souffrance, sa solitude**
« Georges¹ a 45 ans ; il vient de sortir de sa 11^{ème} hospitalisation en psychiatrie suite à une rechute sévère, sur un mode dépressif, d'un trouble affectif bipolaire. Sur les conseils de son médecin, il décide de se rendre dans un lieu d'accueil d'une organisation de la Coraasp. Il lui faudra trois essais avant d'oser enfin franchir le seuil de la porte. Cela fait maintenant un mois qu'il vient régulièrement, presque tous les jours ; il s'installe un peu à l'écart des autres, boit un café, répond timidement à l'attention qu'on lui porte. Il a l'air triste, mais il est là et aujourd'hui il a même esquissé un sourire à l'occasion d'une plaisanterie partagée autour de la table. Comme il a évoqué le fait d'avoir joué aux échecs autrefois, le TS présent à l'accueil lui propose d'organiser un atelier-jeu pour les personnes qui n'ont jamais joué aux échecs. Il peut compter sur son aide s'il le souhaite. »
- **« Etre accueillis » – être entendus, considérés, soutenus, encouragés, respectés**
« Josette² a 42 ans ; elle est mère de trois enfants et en instance de séparation. Depuis plus de trois ans, sans pouvoir dire si c'est la maladie qui a généré les problèmes de couple ou l'inverse, Josette souffre d'une profonde dépression et de très fortes angoisses qui l'ont conduite déjà à quatre reprises à l'hôpital psychiatrique. Depuis sa dernière hospitalisation elle a décidé de participer à certaines activités d'une association de la Coraasp pendant que ses enfants sont à l'école, histoire de ne plus être seule avec sa souffrance. Pour l'instant, Josette est tout simplement incapable de reprendre un travail, raison pour laquelle une demande AI a été déposée. Mais d'expertise en expertise, le dossier tarde et la situation financière de la famille devient toujours plus précaire. Josette est découragée, ne voit pas le bout du tunnel. Avec le soutien de l'assistante sociale de l'association, qu'elle voit presque chaque semaine pour un moment d'entretien, le courage revient peu à peu.

¹ Prénom fictif

² Id.

Ensemble, elles actionnent les différents leviers pour faire bouger le dossier qui finit par se débloquer. »

- **« Faire » – d’abord pour soi-même, en retrouvant du sens au travers de certaines activités, en partageant son savoir et ses ressources**
« Il s’appelle Michel et il a 55 ans ; lui et la psychiatrie ont une longue histoire en commun, sa première hospitalisation remontant à l’âge de 20 ans. Sa maladie l’a privé de sa capacité à exercer le métier appris d’instituteur ; il est au bénéfice d’une rente AI et fréquente une association de la Coraasp depuis une bonne dizaine d’années. Passionné de philosophie et de peinture, il partage ses passions avec les autres membres de l’association en animant un atelier de peinture et d’écriture ; à l’occasion des dix ans de l’association, les œuvres réalisées ont été exposées au tout public. Quelques mois plus tard, Michel participera à la coordination intercantonale de préparation des événements romands à organiser à l’occasion des journées mondiales de la santé mentale.»
- **« Agir » pour contribuer au changement, construire des projets de société**
« La maladie psychique d’Alexandre l’a conduit à être mis au bénéfice d’une rente AI. Alexandre a choisi d’en témoigner publiquement. Mais il a décidé aussi d’aller plus loin et de faire usage de son expérience pour influencer les décisions politiques dans le domaine du handicap. Il est membre de la commission politique sociale de la Coraasp et ensemble nous allons rencontrer les parlementaires fédéraux pour les sensibiliser aux réalités du handicap psychique et aux conséquences des décisions qu’ils prennent. »

Les personnes qui deviennent *membres* ou *clients* ou *usagers* de l’une ou l’autre organisation de la Coraasp sont susceptibles de se mettre en lien avec plusieurs d’entre elles, simultanément ou à des périodes différentes. La possibilité de se déplacer dans un dispositif offrant plusieurs itinéraires est à notre avis nécessaire. Cette pluralité de voies ouvertes en permanence est à l’image de la façon dont nous considérons la santé, la souffrance et la maladie, soit non pas comme des états de faits immuables et figés mais bien plus comme un *continuum* sur lequel chacun d’entre nous se déplace quotidiennement tout au long de sa vie.

Santé mentale, souffrance sociale et maladies psychiques, de l’importance pour chacun de penser ses thèmes et pour tous d’en débattre ensemble

L’invitation à la journée d’automne de l’Artias commence par une citation qui interpelle. Elle dit ceci: « *Les gens ne souffrent plus comme avant* ». Vraiment ? Les personnes souffrent-elles vraiment différemment ou est-ce plutôt notre société qui génère de nouveaux types de souffrance ? Des questions qui sont sans doute fondamentales mais sans réponse arrêtée. D’un point de vue rigoureusement médical, la frontière entre la souffrance psychique d’origine sociale et la maladie psychique se veut ou se doit d’être aussi claire que possible. Sur un plan social, la limite entre ces deux conceptions est certainement moins tangible. Certes, il est important de pouvoir identifier au mieux les causes de la souffrance d’origine sociale pour prendre des mesures politiques et sociétales pour la combattre. De même, il est

important de poursuivre la recherche pour mieux connaître, voire prévenir, les maladies psychiatriques.

Mais au-delà de « *l'étiquette* », du « *diagnostic* », de « *l'origine de la souffrance* », ce qui compte avant tout pour les organisations de la Coraasp est ailleurs. Ce qui est primordial c'est ce que les personnes affectées dans leur santé psychique, mais aussi leurs proches, vont pouvoir mobiliser et mettre en œuvre pour dépasser – dans l'idéal – ou apprivoiser – au mieux – les conséquences de cette souffrance. Dans le jargon médico-social actuel il y a un terme consacré pour décrire ce concept: le rétablissement. Aujourd'hui, si le terme de rétablissement est largement utilisé en médecine psychiatrique, il est utile de rappeler, sans vouloir ouvrir de guerres des tranchées entre les champs du médical et du social, que le rétablissement est un concept né des mouvements d'usagers anglo-saxons dans les années 1980.

Selon Hélène Provencher, professeure à l'Université de Laval au Québec, « *...les personnes utilisatrices de services soulignent que toute démarche de rétablissement implique l'élargissement de son pouvoir d'agir sur ses conditions de vie, l'élaboration et l'implantation de projets de vie basés sur l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales, et la promotion d'un état de bien-être et d'équilibre en harmonie avec ses forces et limites et celles de son environnement.* »³

C'est bien dans les outils destinés à restaurer ce « *pouvoir d'agir sur ses conditions de vie, sur l'élaboration et l'implantation de projets* » que s'ancre la vision et l'action de la Coraasp dans le continuum de la santé, de la maladie et du rétablissement.

Du pouvoir personnel et du pouvoir social

Lorsqu'on discute avec des professionnels du travail social, la plupart d'entre eux disent aimer leur métier, mais pas les conditions dans lesquelles celui-ci s'exerce aujourd'hui. A une écrasante majorité, ils dénoncent une pression sur les résultats, une financiarisation généralisée des structures, une surcharge de tâches administratives limitant le temps de l'accompagnement, l'imposition de procédures et de normes peu compatibles avec des processus de développement humain. En un mot, ils se sentent relégués à des tâches et à des gestes déconnectés d'un projet global de changement social, tel que celui qui est posé dans la déclaration de Copenhague citée précédemment et où il est également question de *libération* et de *bien-être général*.

Ces constats nous ont conduites à poser l'hypothèse d'une résonance entre les tensions palpables dans certains réseaux où les interlocuteurs sont séparés par des barrières institutionnelles et professionnelles et par des statuts et des positions hiérarchiques très différentes et les tensions intrapsychiques des personnes en souffrance, produites de la même manière.

En clair, nous osons le postulat suivant: le parcours de rétablissement des personnes en souffrance psychique suit la courbe de la valorisation et de la capitalisation des ressources de l'ensemble des acteurs d'un réseau. L'attention de

³ <http://id.erudit.org/iderudit/014538ar>; 10.7202/014538ar ; Hélène Provencher, Ph.D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Centre de recherche Université Laval-Robert Giffard, Québec, « L'expérience du rétablissement, perspectives théoriques », Santé mentale au Québec, 2002, XXVII, 1, 35-64

chaque interlocuteur à ce qui se passe et se joue au sein d'un réseau peut devenir un outil de changement, dans la mesure où chaque acteur se fait confiance à lui-même et aux autres pour voir en miroir le scénario de certains processus. Des luttes de pouvoir, de références, de valeurs et d'attentes divergentes sont quelques exemples de contenus qui se reflètent en miroir.

En osant se confronter à leur propre « déconnexion » d'une vision globale, les professionnels prennent soin de restaurer des solidarités sociales défailtantes et ils favorisent ainsi la citoyenneté des uns et des autres. Se serrer les coudes face à des difficultés crée de la confiance et renforce les sentiments de sécurité. C'est une des fonctions essentielles d'un réseau.

C'est pourquoi la méthodologie que nous préconisons place au centre des débats des réseaux non pas un individu problématique, mais un projet qui motive et mobilise l'ensemble des acteurs.

L'analyse du développement du projet, dans chacune de ses phases, et le processus de développement du projet, comme modèle et forme possible pour mettre en travail les difficultés et les ressources, c'est ce qui constitue et permet l'expérience collective du rétablissement.

Régénérer le terrain de la coopération

Dans la suite de cette idée d'une analogie entre la manière dont la souffrance psychique est portée au sein des réseaux naturels et des réseaux professionnels, voici quelques effets miroir entre les enjeux du travail social aujourd'hui et les incidences des maladies psychiques.

Qu'elles soient dites sévères, au long cours, ou troubles passagers et contextuels, qu'elles relèvent d'une tradition médicale éprouvée ou non, d'une nouvelle classification internationale, d'une génétique personnelle ou sociale, toutes les maladies psychiques ont en commun le fait que la personne concernée et ses proches se trouvent isolés et confinés dans des sentiments de honte et de culpabilité qui les privent d'espace. Le travail de « libération » se construit par l'ouverture et l'élargissement successif de l'espace dans les trois champs suivants:

- **l'espace personnel de connexion avec des besoins fondamentaux**
Le premier niveau d'enfermement, qui ôte à la personne en souffrance psychique et à ses proches le sentiment même d'exister se caractérise par des limitations dans l'exercice de gestes pourtant simples et quotidiens, mais qui n'ont plus de sens ou qui sont parasités par des pensées négatives, voire mortifères. Manger, boire, dormir, se lever, s'habiller, sortir de chez soi, rencontrer les autres, travailler, etc. s'apparentent à des tâches héroïques. Se reconnecter à ses besoins fondamentaux et exhumer ses ressources personnelles constitue une expansion de soi et donc une confiance en soi.

Pour les professionnels, il y a un mouvement analogue à envisager. Il faut que les travailleurs sociaux puissent régulièrement quitter leurs écrans et sortir de leurs bureaux. Ils ont besoin de s'imprégner de la culture de certains milieux, de circuler entre les divers réseaux d'appartenance de leurs clients. Ils ont besoin d'accompagner ceux-ci dans leurs démarches auprès des instances

juridiques, asséurologiques, médicales et administratives. Ces mouvements les aident à décoder des valeurs et des modes de vie très différents. Cela les aide également à voir de quels discours collectifs sont porteurs leurs clients. L'immersion leur procure les outils d'observation et d'analyse indispensables à leurs fonctions.

Les réseaux naturels, dits réseaux primaires, doivent pouvoir s'appuyer sur les réseaux secondaires, dits professionnels, pour le traitement de leurs besoins et de leurs projets. Cela n'est possible que si les divers acteurs des réseaux secondaires sont au clair sur leur rôle et leur fonction spécifique tout en restant ouverts à une certaine perméabilité pour entendre les points de vue des autres.

- **L'espace des réciprocités**

Des sentiments d'inutilité sont très fréquemment évoqués dans les témoignages des personnes en souffrance psychique et des proches. Ces ressentis sont amplifiés par les représentations et les mécanismes d'exclusion que génère notre société qui valorise de manière exponentielle et continue la responsabilité individuelle, l'excellence et la performance. L'entraide est un puissant levier de transformation de l'expérience de la solitude et de l'incapacité en pouvoir d'agir. Le soutien des pairs respecte l'équilibre entre le donner et le recevoir, qui fonde la santé relationnelle. La reconnaissance par des pairs de ses talents ouvre avec légitimité le champ des possibles.

Aujourd'hui, de nombreux travailleurs sociaux évoquent eux aussi des vécus d'impuissance. Des saisies de prestations que de nouvelles formes de management orientent trop sur des résultats chiffrés provoquent des réactions d'incompréhension, voire des risques de burn-out. L'intervision et la supervision disparaissent parfois des pratiques, alors que ces espaces devraient faire partie intégrante du travail social, car c'est là que les professionnels identifient les leviers et les stratégies des changements possibles.

Les réseaux se conjuguent au pluriel et s'entremêlent. Ils ne doivent pas être des lieux où certains acteurs professionnels utilisent les autres pour prolonger leurs actions. Il faut donc distinguer les réseaux des bilans médicaux et des bilans éducatifs. Il arrive aussi que les divers membres d'un réseau de soutien aient le sentiment de perdre leur temps. Les réseaux de soutien ont besoin de structure claire. Lorsque chacun sait ce qu'il est prêt à y apporter et ce qu'il attend des autres, les risques de clivages diminuent. La clarté sur les niveaux et les modes de prises de décision facilite la communication. Car les attentes et les stratégies ne sont pas les mêmes dans un contexte hiérarchisé où les décisions sont prises selon une structure attribuant des places et des tâches définies aux uns et aux autres et dans un contexte transdisciplinaire de co-construction et de co-responsabilité.

Chacun est invité à s'appuyer sur des compétences de communication et à soutenir un leadership au service d'une médiation indispensable si l'on veut mettre à jour la tension entre des besoins divergents, comme par exemple vivre chez soi de manière autonome et pouvoir compter sur du soutien pour assumer son quotidien.

- **L'espace de la création et de la participation sociale**

Souvent les souffrants psychiques ont une lucidité implacable sur les aberrations et les dysfonctionnements de certains systèmes humains. Une société empruntée face à la finitude de l'existence humaine et en quête de sens face à une augmentation des souffrances psychiques aurait tout intérêt à s'appuyer sur l'expérience de celles et ceux qui à un moment de leur histoire ont perdu tous leurs repères et ont commencé à les re-construire grâce à l'entraide et à la coopération. Voilà un matériau écologique, dont les professionnels ne devraient pas se priver...

Les attentes et la créativité des travailleurs sociaux sont décuplées lorsqu'ils ont la possibilité de faire remonter auprès de leurs hiérarchies les savoirs et les savoir-faire issus de leurs expériences de terrain et de participer ainsi au développement de politiques institutionnelles incluant leurs besoins.

Le pouvoir personnel devient pouvoir social. Une problématique individuelle devient l'affaire de tous.

	Espace personnel	Espaces des réciprocités	Espaces de création et de participation sociale
Personnes concernées et proches	Reconnexion avec des besoins fondamentaux. Sens et maîtrise dans l'exercice de gestes simples et quotidiens.	Equilibre entre le donner et le recevoir. Echanges entre pairs. Reconnaissance des talents et sentiments d'utilité.	Entraide et coopération. Co-décision et co-gestion dans des dispositifs d'aide et de soins. Mobilisation citoyenne.
Travailleurs sociaux	Prise en compte des besoins d'observation des différents terrains, temps pour l'analyse et la réflexion.	Intervisions et supervisions. Elaboration par le groupe de nouvelles stratégies.	Prise en compte des savoirs et des savoir-faire du terrain par des modes de gouvernance participative.
Réseaux	Intentions et objectifs nommés et communs. Ecoute des attentes des divers acteurs.	Clarté des fonctions et des rôles spécifiques. Transdisciplinarité, co-construction et co-responsabilité.	Actions de communication et programmes de sensibilisation portés par des collectifs d'acteurs différents.

Promouvoir des structures au service de projets individuels et collectifs

Les structures multiples des différentes organisations membres de la Coraasp sont en quelque sorte des micro-sociétés constituant des terrains d'expérience personnelle et collective, que ce soit dans le développement de projets pour soi-même et/ou pour le collectif associatif et/ou pour le tout public. Ce sont dans les structures mêmes des organisations que l'on trouve ce terreau fertile à « construire le changement ».

Dans les organisations membres de la Coraasp, la parole des différents groupes d'acteurs – *personnes en souffrance psychique, proches et professionnels* – est considérée comme **équivalente**. Les projets individuels ou communautaires sont élaborés **en partenariat** entre ces trois groupes d'acteurs, lesquels sont également impliqués activement dans les différents espaces décisionnels. Ainsi donc, dans les organisations de la Coraasp vous retrouvez *des personnes souffrant de troubles psychiques, des proches et des professionnels* dans les comités des associations ou dans les conseils de fondation, dans les commissions de réflexion propres aux organisations ou à celles de la Coraasp, dans les différents groupes de travail à l'échelon des organisations et de la Coraasp.

C'est donc sur un travail social centré sur la **coopération**, dans le « faire ensemble » et non le « faire pour » tant au niveau des structures que des projets, que se fonde le travail social de la Coraasp et de ses membres.

... et investir ensemble le terrain de l'espace public

Le processus démocratique est rétablissant. Devenus partenaires, les différents acteurs osent évoquer les facteurs environnementaux qui facilitent ou freinent la réalisation du projet d'un client. Celui-ci devient alors un projet commun. Les questions de sécurité financière, de logement, d'accès au travail, de formation et de loisirs sont des thématiques à socialiser. L'action militante permet de les porter dans l'espace public et politique. L'expertise des uns et des autres, à commencer par celle du client, est investie dans un projet de société. Soutenu par des pairs et par des professionnels, le client participe à des actions de communication et à des programmes de sensibilisation destinés à partager avec un public élargi des questions sociétales, telles que: comment expliquer l'augmentation des troubles psychiques au sein de la population ? Que faisons-nous face aux nouvelles mesures préconisées par les assurances sociales pour réduire les coûts que ces troubles engendrent ? Comment allons-nous gérer le manque de foyers adaptés aux besoins de certaines populations ? Faut-il envisager des programmes de prévention de la santé mentale dans les écoles, dans les entreprises ? Qui peut y dire quoi et comment ? Etc.

Elargir l'espace c'est permettre à chacun d'avoir accès à une vision plus large, de mieux vivre en réseau, en connexion. Cela se fait en permettant au client d'être le porteur de sa trame, donc pas des réseaux qui maintiennent le client enfermé en le plaçant au centre des discussions, mais des réseaux dans lesquels il s'assoit avec nous en partenaires d'un projet de mieux-être général. Du coup, le client n'est plus seul face à ses problématiques et le travailleur social n'est pas celui qui porte sur ses épaules la responsabilité des solutions.

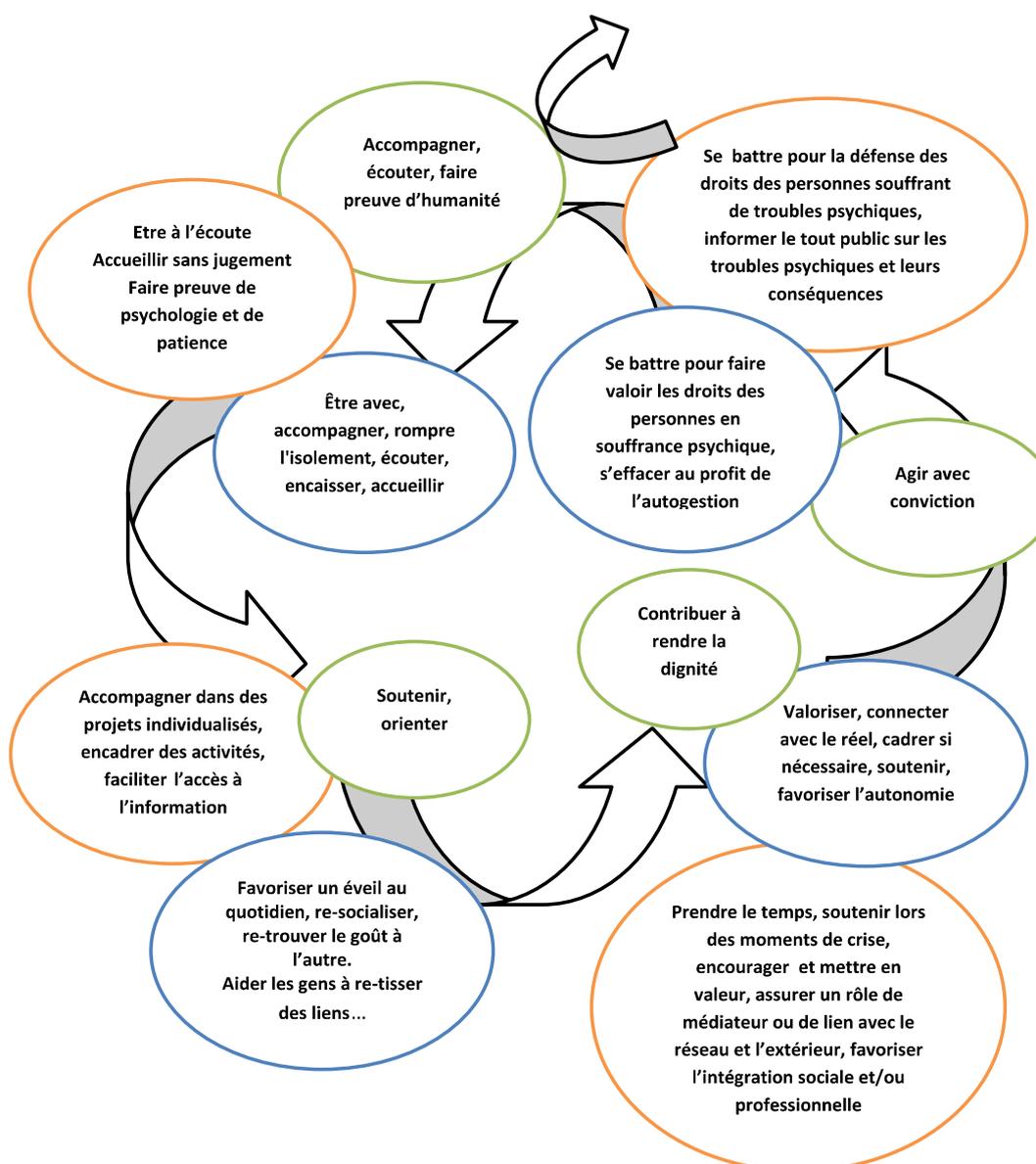
Travailleurs sociaux de la Coraasp, semblables ou différents ?

En prenant un peu de recul sur les considérations qui précèdent et en croisant ce regard avec les fondements théoriques exposés par Madame Zbinden, il est intéressant de constater que nous retrouvons à la Coraasp le travailleur social en tant que bâtisseur, promoteur de changement et acteur du « vivre ensemble ». Serait-ce à dire qu'il y a dans le travail social propre aux organisations de la Coraasp quelque chose qui rappelle le sens originel du travail social ?

Certainement. En tous les cas aux yeux de la Coraasp qui, à l'occasion de son Forum social de 2012, a entamé une réflexion sur le rôle spécifique des travailleurs sociaux de ses organisations dans le champ de la santé psychique.

Le tableau qui suit est une synthèse des points de vue des trois groupes d'acteurs sur le rôle des travailleurs sociaux, exprimés à l'occasion de cette réflexion de 2012.

Les rôles des travailleurs sociaux de la Coraasp du point de vue des : personnes en souffrance psychique, proches, professionnels



Forte de toutes ces observations, la Coraasp a décidé de poursuivre ce processus de réflexion sur l'action sociale en santé mentale propre à ses organisations en menant une recherche-action en partenariat avec l'éésp. Ce travail est en cours et cette démarche fait également l'objet de réalisation d'un documentaire audio-visuel qui devrait être terminé et rendu public dans le courant de l'année 2015.

Du temps qui tue à celui qui ouvre l'espace

Si l'ouverture de l'espace par le partage sert à sortir de l'isolement, à donner confiance en soi, à exercer des rôles et des responsabilités, une compréhension fine des différentes formes de temporalité va permettre de capitaliser ces expériences pour en faire une histoire vivante.

Comprise comme un continuum, soit comme un ensemble d'éléments assemblés de manière à pouvoir passer de l'un à l'autre de façon continue, la santé mentale devient un mouvement en étoile sur les branches de laquelle les gens peuvent évoluer entre différents niveaux et différents plans de bien-être.

Les limites du temps deviennent des opportunités de différenciation, donc de création.

Le temps linéaire et chronologique qui signe la finitude des formes les dote également d'une histoire. Grâce à lui, les êtres humains sont pourvus de racines personnelles et collectives. Le temps institutionnel et convenu structure et facilite leurs échanges.

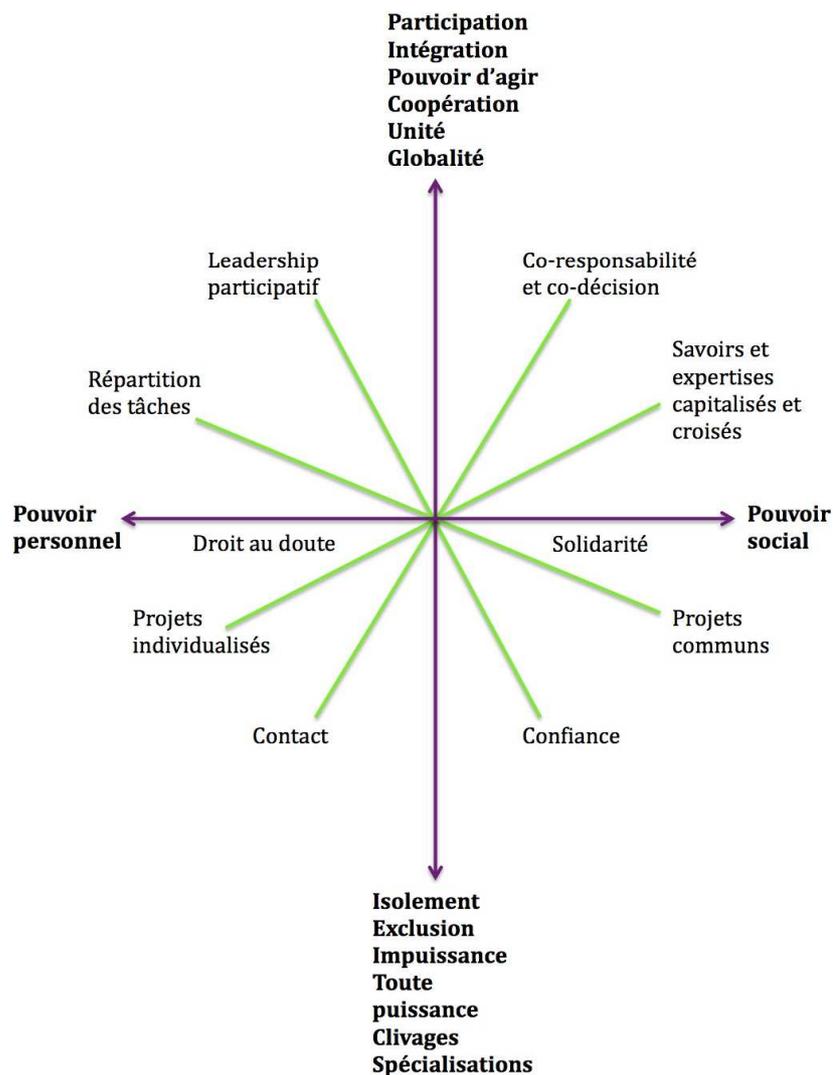
Le temps de l'instant est celui de l'acte poétique, du véritable contact humain, qui favorise le mûrissement, la maturité des choses et des personnes. Le temps cyclique est celui des rythmes, de l'indispensable répétition de certains mouvements, qui reviennent, les mêmes mais pas tout à fait les mêmes à l'instar des saisons. C'est le temps sacré, celui d'un sens qui transcende les formes.

Nous avons besoin de toutes ces formes de temporalité. Sans le temps chronologique, il n'y aurait pas de mouvement, pas de parcours de vie. Grâce au temps de l'instant présent, l'être humain devient l'auteur de ce mouvement, le propriétaire d'un itinéraire unique et singulier. Le temps passé, présent dans le présent, n'est alors pas un temps perdu, mais un temps vu dans sa dimension cyclique et qui se transforme en capital de maturité.

Le travailleur social est continuellement confronté à la nécessité de tenir ensemble le temps linéaire et le temps cyclique. Cela implique une compréhension de la tension entre des cadres institutionnels et des cadres pédagogiques, une aptitude à respecter des consignes et à les transcender par des prises de risques, des pas de côté. Le temps compté permet au travail prescrit de se rendre légitime, c'est le temps de l'expire. Le temps de l'inspire est celui de la réflexion, du flottement indispensable à la créativité. Sans lui, les gestes professionnels deviennent des séquences vides de sens, des répétitions aliénantes. Le TS doit savoir perdre du temps pour en gagner. S'il doit pouvoir rendre des comptes chiffrés et mesurables, il doit aussi pouvoir rendre compte des moments de doute, des temps de pertes, des temps de rupture et d'échecs qui forment le compost d'une régénération possible. Un réseau en bonne santé est un réseau dans lequel tout cela peut exister et se partager.

Une compréhension plus fine des différentes formes de temporalité soutiendra l'esprit d'entrepreneur du travailleur social qui défend une vision globale, complexe et en mouvement de la réalité de ses clients. Il peut rester loyal au cadre institutionnel (figuré ici par les lignes droites), à ses normes et à ses règles dans la mesure où il est porteur d'un cadre pédagogique (figuré ici par les lignes obliques) qui favorise l'autonomie et la dignité de ses clients.

**Schématisation du processus démocratique
rétablissant le *Vivre Ensemble***



Conclusion

En conclusion, nous dirions que la difficulté principale réside dans l'adoption d'une attitude fondamentale d'ouverture. En réalité c'est ça le plus difficile, car il s'agit d'une rupture avec le fonctionnel traditionnel qui impose de servir des prestations standardisées et d'agir rapidement.

Pour accompagner des processus d'émancipation, il faut accepter de se laisser surprendre. Cela implique toutefois de travailler dans la durée et dans la régularité, car la coopération, ça s'apprend par la pratique de la négociation et de la confrontation, par l'exercice de l'humilité et de la patience. Il est donc nécessaire d'instaurer des espaces-temps où on se forme à développer ces attitudes à même de nous soutenir dans l'expérience des discordances et des contradictions.

Chaque construction sera unique, car dans chaque situation les matériaux et les artisans sont eux aussi uniques. Les ressources des travailleurs sociaux, qui ont fait leurs preuves jusqu'ici, restent évidemment valables, elles le seront d'autant plus si elles retrouvent le terrain des réseaux primaires, c'est-à-dire le contact avec les familles, les quartiers et toutes les formes de communautés d'intérêt.

Il est difficile de conclure tant la réflexion amorcée n'a rien de figé mais reflète au contraire le *continuum* de l'action sociale de la Coraasp étroitement imbriqué au *continuum* d'un chemin de vie incluant des aspects différenciés de déséquilibre et d'équilibre.