



# Troisième journée inter-SAMSAH

**Journée du 8 novembre 2013**

# SOMMAIRE

---

Introduction .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Intervention du Dr FURTOS .....	5
Retour groupe 1 .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Retour groupe 2 .....	36
Retour groupe 3 .....	40
Retour groupe 4 .....	42
Retour groupe 5 .....	43
Retour groupe 6 .....	45
Conclusion et perspectives .....	47

## Introduction

---

Le 8 novembre 2013 a eu lieu la troisième journée inter SAMSAH.

Les six SAMSAH présents sur le territoire départemental, se sont associés en amont pour la préparer et l'organiser dans l'esprit de ce qui avait été pensé dès la première :

- Un temps de travail inter professionnels et inter services permettant un enrichissement des pratiques via des échanges et partages autour des expériences de chacun.
- Un temps plus convivial autour d'un repas partagé permettant des rencontres inter personnelles de manière plus fluide et favorisant l'émergence d'un travail de réseau basé sur des coopérations ciblées autour de situations précises.

C'est ainsi que plus de 80 professionnels d'horizons variés (ergothérapeutes, psychologues, éducateurs, infirmiers, secrétaires, AMP ou AS ...) travaillant pour des services dont les missions sont d'accompagner des personnes porteuses de handicaps différents (handicap psychique, moteurs, lésions cérébrale), se sont retrouvés autour de la thématique de « La Déprise ».

Ce thème, issu de problématiques repérées dans les diverses équipes, fait en effet écho quelque soit le handicap, même s'il se présente sous des formes multiples.

Le terme est emprunté au secteur gérontologique où il fait référence à des comportements de lâcher-prise et/ou de laisser aller liés au vieillissement et à l'approche de la fin de vie.

Il nous a paru, même un peu dévoyé, couvrir de manière plus globale, des phénomènes aux quels nous sommes confrontés dans notre travail et qui vont au-delà de l'incurie. Nous souhaitons aborder lors de cette journée de réflexion ces problématiques de laisser aller extrêmes que présentent certaines personnes accompagnées, qui se laissent glisser doucement en renonçant ou négligeant les aspects de leur vie telles que l'hygiène la santé, le soin de soi, les repères de la vie quotidienne, la vie sociale et même administrative et tous projets à courts ou long termes.

Ces situations, nous le verront plus loin dans ce document posent de véritables questions éthiques et de positionnement aux professionnels et institutions.

Pour cette thématique nous avons fait appel au Dr Furtos, qui par son expérience longue et conséquente de psychiatre mais aussi par sa contribution à l'Observatoire National en Santé mentale et précarité, nous paraissait bien venu à nous éclairer !

Le document qui suit, va ainsi naturellement se caler sur l'organisation de cette journée :

En première partie nous retrouverons retranscrite la conférence du matin de Mr Furtos. Conférence qui a mené à un débat très riche mais qui n'a pas fait l'objet d'une retranscription malheureusement. L'après midi a laissé place à des travaux de groupes. Chaque groupe a travaillé à partir de vignettes cliniques apportées par les divers services servant à illustrer le thème et à lancer une réflexion. Pour chacune de ses situations, des questionnements étaient apportés avec des pistes éventuelles d'action. Les groupes avaient ensuite à charge d'élargir leur réflexion et de mettre en évidence des questions et axes de travail plus généraux sur le thème.

La seconde partie du document rassemble les divers comptes-rendus que nous avons tenté d'homogénéiser pour en faciliter la lecture. Nous avons surtout eu le souci de la confidentialité des personnes présentées, et avons soustrait des écrits tout élément rendant possible une identification (éléments de détails trop précis, nom des personnes, services et professionnels). Ce document a en effet pour vocation de circuler à la fois au sein des équipes en place mais aussi des professionnels à venir, ainsi qu'auprès de partenaires et organismes de tutelles et d'orientation.

Une conclusion sera tentée, visant à synthétiser et rassembler les éléments de réflexion et les pistes de travail aperçues.

Bonne lecture

## Intervention du Dr FURTOS

---

Tout d'abord "Bonjour à toutes et à tous".

Je suis très content d'être avec vous aujourd'hui, vraiment content.

J'ai eu les documents pour les 4 équipes, il y a 2 équipes qui le présenteront oralement. J'ai suggéré que pour cet après-midi, les groupes soient un peu moins longs que ce qui avait été programmé avec moi, de telle manière qu'on ait un peu de temps avec moi, pour que vous puissiez profiter de ma présence. C'est vrai que quand on invite quelqu'un autant en profiter, et moi aussi je vais profiter de vous parce que vous avez une expérience que beaucoup de personnes que je rencontre ici ou là n'ont pas. Forcément, ayant cette expérience particulière notamment autour de problèmes cérébraux ou autour de handicaps physiques, vous allez me poser des questions auxquelles je ne suis pas tout le temps confronté ce qui fait que je vais grâce à vous progresser, enfin c'est mon espoir, si je n'apprends rien aujourd'hui, c'est que la journée aura été "foutue".

Cette présentation étant faite, il faut que je me présente un petit peu. Je m'appelle Jean FURTOS, je suis psychiatre, et disons que j'ai été un psychiatre public à l'hôpital du Vinatier. J'ai fait un long voyage en Afrique et en Californie, donc avec une ouverture sur l'interculturel, sur les gens qui ne font pas comme nous, qui ne pensent pas comme nous, mais qui sont humains comme nous. Et c'est extrêmement intéressant de rencontrer d'autres humains à travers des différences qui paraissent radicales, mais qui ne sont jamais assez radicales pour que l'on ne se rencontre pas. On a besoin d'être bilingue à notre époque, trilingue...

J'ai fondé la clinique psycho-sociale, pour cela il faut être à la fois psychologue et social, c'est 100 % psychologique et 100 % social. Je l'ai fondée avec Christian LAVAL, sociologue, nous avons toujours un double regard, parce qu'un regard unique à notre époque c'est un peu juste. Il faut toujours au moins deux regards.

Alors sinon comment j'ai commencé à exister à part être un psychiatre tout à fait ordinaire, c'est un jour : une infirmière est venue me voir et m'a dit "Mr FURTOS, les gens ne souffrent plus comme avant" ... et grâce à son insistance on a créé le premier colloque mondial en langue française sur les problèmes de la déqualification sociale, l'exclusion et les effets psychiques et sociaux sur les gens. Il y avait déjà à cette époque des commissaires de police, des policiers, des pompiers, des associations, Emmaüs, Emanuelli et le SAMU social de Paris, des maires, des psychiatres, des urgentistes, des psychologues, des sociologues, ... il y avait toute la variété des disciplines et on s'est aperçu que seuls nous ne connaissions rien et ensemble nous étions un peu moins ignorants et

nous avons plus à nous battre, nous nous sentions moins dans une impuissance dépressive. Nous nous sentions dans une impuissance créatrice, vous voyez. Et alors ensuite nous avons été adoptés par la Préfecture de région de Rhône-Alpes puis par les grandes directions du Ministère de la Santé. Depuis, tous les 3 mois, nous éditons un magazine qui est gratuit, donc vous pouvez vous abonner gratuitement en allant sur le site de l'ORSPERE qui s'appelle "bulletin national, santé mentale et précarité". Nous traitons des sujets que nous ne savons pas traiter. Donc à chaque fois c'est un peu un défi.

Voilà, vous en savez assez sur moi, je suis à la retraite maintenant alors à la retraite c'est très marrant de ne plus commander. Quand on ne commande plus c'est un grand soulagement. Quelquefois c'est un peu humiliant aussi, mais c'est un grand soulagement globalement et ça n'empêche pas que l'on continue de vivre, de penser, de rencontrer, de travailler... voilà.

Alors la déprise, la négligence et l'incurie... La déprise m'a un peu interpellé, je l'avais entendu de la bouche de psychanalystes lacaniens, qui dans des situations comme cela parlaient de déprise, désinvestissement, lâchage. J'ai réfléchi, ce matin je me suis réveillé à 5 h 30, sur cette déprise. J'ai mis quelques mots là-dessus.

Alors d'abord, j'ai pensé à une prise, à une prise pour monter une montagne, se saisir du peu qu'on peut pour poser le pied ou la main, le projet de monter au sommet, avoir une bonne prise, solide qui peut quelquefois s'écrabouiller. Cela m'a fait penser au mot en "dé", il y a eu toute une époque où avec Christian LAVAL, nous faisons le recensement des mots en "dé", déshumanisation, déqualification, désinsertion, et il y avait une quantité de mots en "dé" qui signifiaient toujours la perte. Parce que, comme vous le savez, comme on appelle à mon avis à tort, le post-modernisme, comme on a perdu la modernité, alors on est toujours en "dé", on défait ce que l'on a fait. Vous avez peut-être d'autres mots en "dé"... Déconstruction, oui, et puis quoi encore ?dépression, dépression c'est plus médical et c'est plus ancien, désocialisation, oui, il y a une époque où on avait des "dé" pleins la bouche ce qui signifiait bien que l'on était dans une problématique de la perte du lien social, etc...

J'ai toujours empêché que l'on fasse des travaux sur la déshumanisation, parce que c'est comme si on avait perdu l'humanité. On a perdu l'humanité, même les gens qui vont très mal actuellement, ont exactement le même cerveau que du temps de Cromagnon, sauf que l'on ne l'utilise pas nécessairement pareil. Alors, bon donc, la déprise s'est désinvestir l'effort pour avoir un objet, un projet, désinvestir le projet lui-même, désinvestir le but. Dans les 4 cas que vous avez travaillé, il y a des exemples de déprise qui sont des exemples d'échec quant à des projets. Des personnes qui ne veulent plus rien, qui ne peuvent pas changer d'appartement, qui ne veulent pas s'occuper de leur

surendettement, qui ne veulent pas s'occuper de leur hygiène, qui ne veulent pas avoir un projet de relogement... On dirait que l'on n'a pas prise sur eux et on peut parler aussi de la déprise des professionnels. Comment pour monter une montagne, on a besoin de prises. Comment vous allez avoir des prises sur quelqu'un qui veut être sans prise ? Et qui lui-même dit "Non merci", "non cela ne m'intéresse pas" "non merci ça va comme ça", si bien qu'évidemment, ça renvoie à la notion moderne du "care". Vous connaissez la problématique du "care" et du "cure", c'est très utilisé, "cure" c'est la cure, le soin, cure psychanalytique, cure diététique, c'est du thérapeutique, le "care" quand vous êtes aux Etats-Unis, quand vous dites « au revoir » vous ne dites pas « au revoir » vous dites "take care", vous dites "prenez soin de vous". Chacun son individualité réellement. Le "care" s'est prendre soin de soi et d'autrui. Donc ça renvoie à une problématique du "care" qui avait été amené par Martine AUBRY qui avait relu les ouvrages des féministes américaines mais c'est très utilisé par les sociologues français maintenant. Le "care", pas seulement faire du "cure" pas seulement faire du technique, mais avoir un souci pour. Car on peut ne pas avoir de souci pour soi, c'est l'incurie pour soi, je ne m'occupe pas de mon ménage, je ne m'occupe pas de mon argent, je ne m'occupe pas de mon hygiène, je ne m'occupe pas de mes enfants, je ne m'occupe pas de mes amis, je ne m'occupe pas de l'avenir, ou on peut être incurique pour les autres, par exemple un tuteur peut être incurique ou un parent peut être incurique pour ses enfants. On va décharger un tuteur par ce qu'il n'a pas été bon en tant que tuteur, il a été incurique. Un chef d'établissement peut être incurique aussi...

Donc prendre soin, incurie pour autrui ou pour soi et tout cela je l'ai décrit dans un syndrome d'auto-exclusion dont je vous parlerai tout de même parce que c'est une des contributions scientifiques que j'ai amenée à la société mondialisée de notre époque, parce que je pense que c'est quelque chose de transculturelle complètement.

Peut-être que ça vous aidera, je vous en parlerai de tout ça.

Il y a autre chose que je voulais dire en commençant à propos du traumatisme. Dans un traumatisme, il y a souvent quelque chose qui peut être du traumatisme social, comme un chômage, une exclusion, une immigration ratée... ça peut être un traumatisme neurologique, en fait on ne doit pas parler de traumatisme neurologique. On doit parler de lésion neurologique, mais le traumatisme neurologique c'est la manière dont on peut ou pas être traumatisé par cette lésion. Alors moi, ce que je voudrais dire d'emblée, comme une sorte de principe, c'est qu'il ne faut jamais prendre le traumatisme pour origine. Quelquefois on dit depuis ce traumatisme il est malade, donc le traumatisme c'est l'origine de sa vie, NON, l'origine de la vie de quelqu'un c'est un homme et une femme rencontrés, ils ont fait un enfant, ils avaient un désir d'enfant ou pas, c'était dans une

succession générationnelle. Donc les gens qui ont été traumatisés, ont commencé de vivre avant et très souvent le leurre du traumatisme c'est qu'on pense que la vie a commencé au traumatisme. Donc là, c'est quelque chose qu'un analyste qui s'appelle Denis VASSE, m'avait appris, ne pas se laisser piéger par le traumatisme comme origine. Le traumatisme est l'origine d'une certaine dégringolade somatique mais le traumatisme n'est pas l'origine de la vie du sujet. Et ce qui a été vécu avant, a vraiment été vécu et n'est pas balayé. C'est quelque chose dont il faut se souvenir parce que sinon on se laisse piéger par le traumatisme. D'ailleurs, je vous dirais aussi comment nous tous, les accompagnants nous pouvons porter le traumatisme de ceux qui ont été traumatisés, et qu'est ce qui se passe quand un accompagnant porte en lui, dans une sorte de transfert universel, parce qu'un individu isolé ça n'existe pas. C'est une fiction, un individu isolé. Winnicott disait "un bébé isolé ça n'existe pas" parce qu'il faut une mère. Un individu isolé aussi, ça n'existe pas. Imaginez que je sois seul à parler ici, je n'existerai absolument pas comme orateur. Je n'existe comme orateur que parce que vous m'avez invité, que vous êtes là, que vous m'avez introduit. On n'existe jamais tout seul. On peut exister tout seul un petit moment dans une caverne dans l'Himalaya mais là on est avec la Terre, la déesse de la Terre. On peut exister avec la musique mais on est avec des musiciens. On peut être un peu seul avec soi mais globalement un individu isolé ça n'existe pas. Donc quand vous êtes en face de personnes ayant vécues des souffrances et des traumatismes, comment ça vous fait à vous pour que vous restiez en bonne santé d'accompagnement. Ça on en parlera parce que c'est extrêmement important. On peut aussi se fermer au dérangement causé par l'autre.

Vous avez beaucoup parlé d'inertie dans vos cliniques : le patient est inerte, il est inertie, il fait rien. Bon faudra voir, est-il vivant ou mort? Il faut savoir tout de même que quelquefois, quand les gens sont un peu dans des situations extrêmes, la dernière liberté qui leur reste est de dire non à la vie. Il faut savoir aussi respecter que le non est la dernière liberté, que rentrer dans une problématique de survie et plus de vie peut être un processus libre à respecter et peut-être à espérer qu'il va se modifier. Mais l'inertie, c'est intéressant de le considérer comme un non. Le non est une liberté. Vous savez qu'on ne peut pas apprendre à dire oui avant d'apprendre à dire non. Quelqu'un qui dit toujours oui, on dit c'est un "béni oui oui". Quelqu'un qui dit non, il s'oppose, il existe en tant que non. Évidemment, ça peut aller contre ses intérêts, et je pense que certains de vos cas ça s'appelle de l'inertie. C'est intéressant de considérer l'inertie comme un non plutôt que comme une chose déficitaire. C'est peut-être plus du non que du déficit. Quelque fois ça peut être réellement du déficit, parce que la neurologie ça existe, le cerveau ça existe, et il y a des choses qui peuvent être réellement plus difficile à un niveau purement de cognitions cérébrales pures, je ne le nie pas non plus.



Vous avez beaucoup parlé, dans vos papiers, du désir de l'autre sur la personne. Les gens sont dans l'emprise, il faut qu'ils se sortent de l'emprise. C'est ça hein? C'est votre idéal ça? Il faut que les gens rentrent dans leur désir et se sortent du désir de l'autre. C'est votre idéal ça? Pas tout le temps. Alors je vais peut-être commencer par ça parce que c'est vrai, c'est tout à fait vrai que l'emprise; ça peut être l'emprise d'un parent ou d'un éducateur, rééducateur, ou d'un thérapeute. L'emprise "je veux que tu fasses ça, tu es ma chose, tu dois m'obéir, même si je te laisse apparemment le choix", c'est quelque chose qui donne peu d'option. On a uniquement l'option soit d'être dans un faux self et dire "oui j'obéis" mais on est à côté de ses pompes, on est un faux self, on n'est pas un vrai self comme dit Winicott ; ou alors de dire non, de s'opposer, de faire le contraire.

Mais il faut bien savoir qu'on ne peut exister sans le désir de quelqu'un sur nous. Si quelqu'un ne désire pas qu'on vive, nous ne pouvons pas vivre. J'ai beaucoup travaillé sur le suicide, j'ai fait ma thèse là-dessus et je crois pouvoir affirmer que les gens se suicident la plupart du temps quand ils ont le sentiment, vrai ou faux, que plus personne ne veut qu'ils vivent. Et les vieilles personnes meurent, ou font un syndrome de glissement, quand elles sentent que plus personne n'a désir de vie sur elles. Donc il faut vraiment différencier l'emprise sur l'autre, du désir de vie sur l'autre. Le désir de vie sur l'autre, c'est vital et l'emprise sur l'autre c'est mortifère, je suis d'accord. Mais encore faut-il différencier, parce que dans les problématiques de l'autonomie on pourrait penser que "soyez autonomes, soyez autonomes, c'est vous qui devez vouloir vivre" mais non, on ne peut pas vouloir vivre tout seul, on a besoin d'être encouragé. Là vous êtes au moins deux, c'est le minimum. Souvent on ne se rend pas compte de ça, souvent le désir est porté par le groupe, par l'idéal collectif du groupe...

Tout ça pour rentrer sur la question de la précarité puisque je suis un peu le spécialiste de la précarité. La précarité qui a à voir avec ce que je viens de dire, vous allez voir. La précarité est souvent conçue comme quelque chose de péjoratif : les boulots précaires, les emplois précaires, les CDI par rapport aux CDD, donc une sorte de précarité sociale qu'on peut très bien comprendre par rapport à une sécurité de l'emploi. La précarité des institutions, la précarité du monde, ça veut dire qu'on ne peut pas trop compter dessus, une sorte d'incertitude qui peut nous tarauder. On va compter sur quoi? Le Président ne nous rassure pas, nous laisse dans une situation précaire, on ne sait pas quelle politique il a, c'est ce qu'on entend beaucoup actuellement. On ne sait pas quelle est la ligne. Il y a un rapport à la précarité où nous sommes très sensibles sur les incertitudes. Mais il faut savoir qu'à l'origine, le mot précaire est une bonne chose, je voudrais même vous parler de la bonne précarité. Sur le plan du latin, ça vient d'un mot latin qui veut dire "prier pour avoir. Donc contrairement à la question de la vulnérabilité qui est un mot intéressant, la précarité inclut l'autre, que l'autre soit le grand autre, Dieu ou le petit autre, mon voisin, l'assistante sociale, le médecin,

l'éducateur, le prêtre, ma femme, mon mari, mes enfants... La précarité inclut la demande à un autre et une demande pressante. La précarité, c'est savoir qu'on ne peut pas vivre tout seul, qu'on ne peut pas vivre sans autrui. Je vais vous donner un exemple que j'ai donné à mes amis anglo-saxons, parce que les anglo-saxons ne peuvent absolument pas comprendre la précarité puisqu'ils sont totalement centrés sur l'autonomie. Chacun se débrouille seul et ceux qui ne se débrouillent pas seul, c'est que Dieu n'est pas avec eux ou qu'ils n'ont pas fait ce qu'il fallait. Vous savez quand il y a eu la catastrophe en Louisiane, ce qu'on dit un certain nombre de politiques, ils n'ont pas été gentils avec Dieu, ils ont été punis, ce n'est pas un problème. Quand on fait ce qu'il faut on a ce qu'on a, quand on ne fait pas ce qu'il faut, on n'a pas ce qu'on a, c'est normal, c'est mécanique. C'est une sorte de causalité. Culpabilité / punition un peu immédiate qu'on trouve dans certaines cultures. Alors, j'avais donné justement à Melbourne l'exemple des kangourous, c'était le moment où jamais, de prendre l'exemple des kangourous. Avec les kangourous, on comprend vraiment ce qu'est la bonne précarité. Le kangourou, c'est un animal qui devient adulte en deux ans, donc rapidement par rapport à nous les humains. Quand la maman kangourou porte un enfant, elle le porte un mois seulement. C'est pas qu'elle est feignante, c'est qu'il y a une fausse couche naturelle au bout de 33 jours en moyenne. Il y a un petit avorton qui sort, tout petit, ridicule. C'est vraiment un embryon, ça pourrait être un embryon humain, de lapin, de cheval. Les embryons se ressemblent beaucoup quand on les voit petits. C'est un embryon qui n'a pas de peau, qui est aveugle et qui normalement doit mourir. Cet embryon de un mois ne va pas mourir pour des raisons que la nature a vraiment bien réfléchi. Il a des griffes sur ses membres supérieurs qui vont être complètement atrophiés quand il sera grand. Après, ce sera uniquement les cuisses qui seront costaudes pour sauter. Il va ramper avec ses petits bras vers la poche de maman très rapidement. Tant qu'il n'a pas rampé, il passe n'importe quel prédateur, il est bouffé, il est dans une grande précarité. De lui-même, il rampe. En anglais on dit "to crawl" comme la nage le crawl, vers la poche de maman qui n'est pas une poussette contrairement à ce que l'on croit, qui est l'endroit où il va terminer sa grossesse, sa construction. Il se branche sur un des quatre mamelons, ça lui sert de cordon ombilical. Au bout de quelques mois, on verra sa petite tête qui sortira et la poche sera une poussette. J'expliquais à mes collègues anglo-saxons qu'est ce que c'est que la précarité instinctuelle à ce niveau-là. C'est le sentiment absolu que ce petit avorton a, que seul il va mourir, et d'une manière autonome, il rampe vers la poche de maman, ce qui est exactement ce qu'il faut faire. Il a la capacité de demander mais activement, il est autonome pour être dépendant. C'est ça la bonne précarité, c'est être autonome et dépendant. Imaginez qu'il faille qu'il voit un psychiatre de kangourou, qui dise "écoute mon petit, je te conseille vivement de ramper vers la poche de maman...", si ça dure trop longtemps, il va mourir. Il n'est pas appelé par sa maman, il sent la précarité qui le rend actif, qui le met en situation de dépendance. Grâce à cette dépendance, il va vivre. Pour moi la bonne précarité c'est ça, mais au

lieu que ce soit instinctif, comme c'est dans les premiers mois de la vie pour les kangourous ou les êtres humains, c'est aussi psychologique, sociologique, politique. Nous avons de besoin de poches culturelles où nous venons téter des pensées, des paroles par la réciprocité. La précarité saine est toujours dans la réciprocité. L'une des tendances de notre cité actuellement, c'est de passer de cette bonne précarité qui permet d'être autonome par la suite, et qui nécessite l'autonomie même pour accepter la précarité de la transformer en autarcie. Je me débrouille par moi-même. Quelqu'un qui se débrouille par soi-même, ça rentre dans la catégorie souvent des déprises. Parce que pour se débrouiller par soi-même, il faut se dépendre des autres puisqu'on ne peut pas vivre seul normalement. Mais on peut faire comme si on pouvait se débrouiller seul et ça donne un certain nombre de troubles. Il est vrai que toute la théorie devrait nous faire passer de la mauvaise précarité à la bonne précarité.

La bonne précarité, cette dépendance dès le bébé mais chez le vieillard aussi, chez les gens malades, chez les gens qui ont des accidents de la vie neurologique, des accidents de la vie sociologiques, toutes les fois qu'on a des accidents de la vie, on est plus précaire. On a plus besoin d'être aidé, quand cette aide se passe correctement dans le respect, la dignité, la réciprocité. Il y a une confiance en soi (si on m'aide c'est que je suis bon), il y a une confiance en l'autre (s'il m'aide, c'est qu'il ne me veut pas de mal, l'homme n'est pas un loup pour l'homme). Je ferai la différence entre ceux qui me veulent du mal et ceux qui me veulent du bien et j'ai confiance en l'avenir, si demain je perds tout, il y aura toujours quelqu'un pour m'aider : un médecin, une assistante sociale, un éducateur, un prêtre, ma famille, ma femme, mes enfants, quelqu'un que je rencontrerai, un ange qui passera par-là, la confiance. La bonne précarité créée de la confiance.

La mauvaise précarité créée de la méfiance. Je n'ai plus confiance en moi, je ne vauds rien, autant que je prenne mon plaisir tout de suite. Je n'ai plus confiance dans les autres, je vis dans un monde paranoïaque. Les étrangers sont dangereux, les malades mentaux sont dangereux, les adolescents sont dangereux, les voisins sont dangereux, les automobilistes sont dangereux, les fumeurs sont dangereux... on est environné de dangers individualisés par des êtres humains. C'est comme ça qu'on rentre dans une société réellement paranoïaque, une paranoïa sociale et pas psychiatrique. Dans cette société, il y a une manière de s'en sortir qui est bonne ou mauvaise, c'est l'hédonisme de désenchantement. Je connais un surveillant chef dans mon hôpital qui travaillait avec moi pendant longtemps qui ensuite a changé d'équipe. Il était avec un autre responsable de service et ça se passait mal. Il était déprimé, il avait une tête pas possible, il me faisait pitié, c'était un homme joyeux normalement. Quand je le voyais au self de l'hôpital, on discutait. Un jour, je le vois lumineux, et je dis "Mr untel, ça va bien aujourd'hui?" et il me dit "Oui, j'ai décidé de me fiche de mon travail et je m'occupe de mes vacances et de mes enfants". Donc il est tout à fait possible de

lâcher prise , de se déprendre de ses investissements de travail, pour faire uniquement ce pour quoi on est payé, les choses de pure forme. Par exemple, laver un corps, faire des piqûres, donner des médicaments, faire un geste d'accompagnement, sans y mettre de soi, un geste de pure forme. Evidemment, l'hédonisme de désenchantement augmente la consommation de drogue, augmente le consumérisme, augmente l'individualisme, augmente aussi le fait de ne plus avoir d'autres valeurs que ça. Imaginez que vous tous, tous les médecins, toutes les infirmières, tous les instituteurs, tous les politiques disent "je me fiche de mon travail, je m'occupe que de mes vacances et de mes enfants", voyez à peu près le monde dans lequel nous vivrions ? C'est sûr que toutes les fois que l'on se sent désinvestir son travail, suites à des déceptions professionnelles, des difficultés professionnelles, des situations de violence, des choses qui nous font violence, c'est très important de voir ce que l'on peut faire de ça. Au fond, c'est de voir comment on peut repasser de la mauvaise précarité de méfiance à la bonne précarité de confiance, comme celle qui est instaurée dans des journées comme ça où vous jouez beaucoup sur la convivialité, le fait de travailler ensemble, de prendre du bon temps ensemble de se connaître etc...

Maintenant, je vais vous donner quelques éléments cliniques parce que ça c'était le caractère général qui peut-être décentre un peu par rapport à des idées qu'on a habituellement. Par exemple, c'est vrai qu'on oublie quelque fois que la dernière liberté de quelqu'un, c'est de dire non. Il y a des gens qui se font vraiment du mal à se dire non. C'est pour ça qu'on ne peut pas être complètement d'accord non plus.

Le syndrome d'auto-exclusion que j'ai décrit, je l'ai trouvé chez des tas de gens.

Je l'ai trouvé d'abord chez les gens de la rue parce que j'ai beaucoup travaillé en tant que médecin public avec les gens de la rue et je l'ai décrit sur des centaines de situations cliniques qu'on m'a présentées. Je l'ai trouvé aussi toutes les fois que je parle, il y a toujours deux trois personnes qui disent « j'ai eu un syndrome d'auto-exclusion, mon père a un syndrome d'auto-exclusion ». Par exemple, je faisais un enseignement à l'université de Bruxelles, et il y a 2 professionnels qui étaient dans l'enseignement qui ont dit "moi j'ai fait un syndrome d'auto-exclusion". La première c'était une assistante sociale rwandaise qui à la suite du décès de toute sa famille, s'est retrouvée seule avec sa petite fille dans les bras et elle fonctionnait de manière automatique. Elle mendiait sans se rendre compte qu'elle mendiait alors qu'elle était d'une famille très aisée. Elle a rencontré un travailleur social belge, qui a fait un électrochoc, qui lui a dit de venir à Bruxelles. Elle ne savait pas qu'elle mendiait, elle faisait de la survie pour sa fille et pour elle. Elle était coupée d'elle-même. Elle n'avait aucune conscience qu'elle le faisait, ce n'était pas du somnambulisme, c'était de l'auto-exclusion. Quand on est dans une situation d'exclusion comme le génocide, on se demande quelle

est sa place. Pour se défendre, on s'exclut soi-même pour se sortir de la situation d'exclusion mais ça a un prix. Et elle ne se rendait pas compte. Quand elle était en France, elle a continué un petit peu d'être à côté de ses pompes jusqu'à ce que le travailleur social refuse de lui donner l'argent qu'elle devait recevoir de l'Etat avant le mois prochain. Le fait d'avoir une position agressive pour elle, l'a fait revenir à elle. A partir de ce moment-là, elle a recommencé des études, et c'est redevenu la femme brillante qu'elle était. C'est pour vous dire que cette femme qui mendiait dans les rues de Kigali, c'était un syndrome d'auto-exclusion.

Autre exemple, le même jour dans cette université, une femme me dit "moi j'ai été opérée du cerveau et quand je me suis réveillée je ne sentais plus mon corps". Apparemment, il n'y avait aucune raison neurologique qu'elle ne sente plus son corps, les médecins se perdaient en conjoncture. Elle avait une insensibilité totale. Un jour, un infirmier lui fait un soin de visage et enlève un pansement un peu fort, ça lui fait une douleur. Par la douleur elle reprend toute la sensibilité de son corps. Par la douleur infligée par autrui dans une situation de bienveillance, comme tout à l'heure par la confrontation bienveillante avec un travailleur social, ces deux personnes sont revenues à elles dans des conjonctures différentes. Conjoncture de génocide, conjoncture d'opération du cerveau après un traumatisme de la voie publique. Quand elle s'est réveillée, elle s'est retirée d'elle-même, elle a lâché son système sensoriel dans son entièreté. Le fait d'avoir mal grâce à quelqu'un l'a ramené à la sensorialité. Elle s'est guérie de son auto-exclusion qui là, était une auto-anesthésie. On trouve ça beaucoup chez les gens qui sont en situation de mauvaise précarité, mais les situations peuvent être extrêmement différentes, c'est tout à fait surprenant. Moi j'ai eu l'occasion de travailler avec des banquiers à New-York qui avaient un syndrome d'auto-exclusion. En tant que médecin public, j'ai travaillé à New-York parce que j'avais de la famille là-bas où j'étais introduit. Comme j'étais psychiatre, on m'a demandé des conférences, des groupes, j'ai fait ça gratuitement je dois vous dire. J'ai vu des pathologies terribles. C'est là où l'on voit que les pathologies de la précarité n'ont rien à voir avec la pauvreté. La pauvreté c'est avoir peu, c'est difficile, mais ce n'est pas une maladie d'être pauvre. Quand on est trop pauvre, ça s'appelle la misère, ça c'est une peste. Mais il faudrait arrêter de dire que la pauvreté c'est une maladie parce qu'on rajoute de la stigmatisation sur une difficulté de vie. J'ai souvent entendu dire, quand j'étais petit, des copains disaient "Mes parents étaient pauvres mais on a toujours eu ce qu'il fallait". Il y avait de la dignité dans notre famille qui était pauvre. Il y avait de la culture. Mon père jouait de la flûte, on dansait même s'il y avait des restrictions sérieuses. Je pense qu'il y a une tendance actuellement à confondre la pauvreté comme une difficulté de vie, avec la misère qui est une peste et la précarité quand elle s'associe à la pauvreté qui est quelque chose de très très dure. Pauvre et précaire, quand le mépris social s'attache à la pauvreté, ce n'est plus de la pauvreté, ça peut devenir

de l'exclusion. Il faut vraiment comprendre que la pauvreté n'est pas une maladie c'est une difficulté sérieuse surtout dans une société régie par l'argent.

Sur le plan clinique, ça commence toujours par des choses d'existence simple, être découragé, baisser les bras, ça peut aller jusqu'au désespoir qu'on peut parler ou qu'on ne peut plus parler. En général, c'est quand on ne peut plus parler le découragement et qu'on ne peut plus parler le désespoir c'est vraiment embêtant. Des hontes dont on ne peut plus parler aussi. A ce moment-là, pour ne pas sentir ce découragement, ce désespoir, cette situation où on sent qu'on n'a pas de place, à tort ou à raison (pourquoi cette personne qui avait été opérée du cerveau sentait qu'elle n'avait pas le droit de sentir son corps. Je ne sais pas, je ne l'ai jamais soigné. Je l'ai revu plus tard dans un congrès mais elle-même ne savait pas). Quelquefois, quand on est opéré, on se sent manipulé comme un animal. J'ai un ami qui a été opéré du cœur, son vécu c'est "ils m'ont opéré, ils m'ont jeté sur le lit comme une charogne, comme une carcasse". Il avait eu un vécu d'exclusion, peut-être sous l'empire de l'anesthésie, peut-être que les chirurgiens étaient très respectueux mais il a vécu un sentiment d'exclusion subjectivement qui a été très dur pour lui. Peut-être que cette femme qui ne sentait plus son corps avait vécu quelque chose où elle n'avait pas le droit d'exister donc elle s'était auto-exclue.

Donc, découragement, désespoir, honte : trois premiers signes qui sont des signes de déshabitation de soi-même et qui sont, on peut dire, des signes de déprise.

D'abord, l'anesthésie de son corps c'est une déprise sensorielle, c'est une anesthésie qui ne correspond pas au trajet des nerfs, ce n'est pas une anesthésie du nerf radial ou du nerf sciatique. Ce sont des anesthésies d'organes plus psychologiques qu'autre chose, qui ne sont pas totales d'ailleurs, si bien qu'on voit ces choses étonnantes de gens qui ont une gangrène, qui ne sentent rien. Ce sont les gens autour qui tombent dans les pommes, et eux disent c'est peut-être un petit panaris, c'est rien. J'ai vu une femme qui a accouché sans rien sentir. C'était une schizophrène, qui était en auto-exclusion, qui faisait le tour du monde, sa tante me dit j'ai l'impression que ma nièce est enceinte, elle était tellement maigre, on l'a hospitalisé en psychiatrie, elle a accouché dans la nuit d'un bébé qui était viable, mais tout petit, elle ne s'en est par aperçue, mais elle ne l'a pas senti, elle a dit je crois que j'ai fait une petite colique néphrétique. Ce n'était pas schizophrénique, ce n'était pas un déni d'enfant, c'était peut-être un déni d'enfant mais ce déni d'enfant passait par un syndrome d'auto-exclusion. Ce qui est assez curieux, c'était une famille où tout était bloqué, par tous les enfants, et c'est par la femme schizophrène que la généalogie a continué, que cette petite fille dont j'ai eu des nouvelles pendant très longtemps, a assumé, et elle va très bien. Alors que c'est la fille

d'une schizophrène qui avait fait l'amour avec un schizophrène et cette petite fille va très bien, peut-être faudra-t-il qu'elle fasse une psychanalyse un jour...

Et puis, ça peut être simplement, on ne sent pas quand on mange, on ne sent pas quand on boit, on s'assoit sur un radiateur et on ne sent pas que c'est chaud... Mais ça veut dire aussi que quand on vous insulte vous ne sentez pas l'insulte, donc vous ne sentez plus les sentiments, donc vous ne vous sentez plus exclus, ce qui explique que les SDF, en général, sont de bonne composition. Je me souviens, le professeur Darcours, m'avait dit (il avait fait beaucoup d'étude à Nice sur les SDF), j'ai compris pourquoi les SDF ne sont pas angoissés, ils ne sont pas angoissés parce qu'ils sont en auto-exclusion, l'auto-exclusion c'est pour lutter contre l'angoisse d'exclusion, c'est une défense, c'est pour se défendre donc c'est noble, ça peut créer des troubles au passage, mais l'intention est noble. C'est toujours mieux de survivre que de se suicider. Voyez se suicider c'est irréversible. L'auto-exclusion : on peut en sortir. Donc anesthésie de la peau et de l'intérieur du corps, on pourrait dire cela en termes médicaux, mais ce n'est pas la peine, anesthésie des sentiments et inhibition de la pensée et on croit quelquefois que ces gens sont des imbéciles alors que si on les prend autrement, notamment, si on demande d'écrire par exemple à ceux qui ne peuvent pas parler, ou de dessiner, on s'aperçoit que ces gens qui ne sont apparemment pas intelligents peuvent être normalement intelligents et quelquefois surdoués. Mais il y a une sorte de clivage où tout ce qui est vivant est congelé, la congélation ça maintient en vie, mais vivant à l'état congelé, c'est cela le clivage. Ça maintient vivant à l'état congelé. C'est dire qu'il ne faut pas de décongélation brutale, parce qu'une décongélation brutale ça fait bobo et c'est pour ça que quand on est dans ces situations, ça n'est pas si facile que cela d'en sortir parce que dès qu'on commence d'en sortir, on commence à ressentir la douleur, etc... et, on reprend l'errance. Ça veut dire que quand on est enfermé depuis longtemps dans ce système d'auto-exclusion, on met longtemps à en sortir. Si on est enfermé depuis 8 jours, on en sort en 20 minutes, jusqu'à 3 mois, on en sort très rapidement, mais après, c'est presque une seconde nature. Si vous voulez c'est un petit peu comme quand on vous met un garrot. Je me souviens l'autre jour on m'a opéré, il fallait me faire quelques points de suture, on m'a mis un garrot, je n'ai pas saigné, quand on m'a enlevé le garrot, qu'est-ce que ça m'a fait mal ! Autrement dit j'ai vu que quand la vie circule qu'est-ce que ça fait mal quand la vie a arrêté de circuler. Donc quand la vie sensorielle, émotionnelle et intellectuelle s'arrête, dès qu'elle commence de circuler ça fait mal. Donc la thérapie : attention ! Souvent on ne comprend pas pourquoi quand on soigne les gens ils vont plus mal. Ils vont plus mal, parce qu'ils recommencent d'être vivants et que vivre c'est dur. Quand les gens vont mal, il n'y a pas de problème, ils ont un équilibre dans le mal, quand ils commencent à aller bien, il faut être très prudent, très soucieux, très précautionneux, ne pas arrêter la relation sous prétexte qu'ils vont bien, parce que : aller bien est un risque. Aller mal : ce n'est pas un problème. Peut être qu'on peut mourir plus tôt, on se coupe de ses enfants, on se coupe un peu

de tout, oui, on se fait beaucoup tort, mais à titre de l'homéostasie personnelle, je vais très bien merci. Et c'est pour cela que ces personnes sont en état maniaque. J'étais allé voir un homme, d'ailleurs cet exemple va me permettre d'introduire les signes paradoxaux, parce que pour vous, comme pour moi, ce qui est important à connaître ce sont les signes paradoxaux. Les signes contradictoires, je vais donc voir un homme qui était enfermé dans un Sonacotra à l'époque, ce n'était pas encore un Adoma, depuis 9 ans. Il n'était pas sorti depuis 9 ans. Il était claustro, c'est ses copains qui allaient lui chercher beaucoup d'alcool et à manger aussi et la Mairie lui apportait un repas par jour à midi. Le problème, il avait une allocation adulte handicapée, le problème c'est qu'il allait être viré parce qu'il ne payait pas son loyer. Alors le Directeur du Foyer, qui n'était pas un mauvais bougre, a dit : « écoutez ça m'embête de le virer, vous pouvez venir voir ce que vous pouvez faire ». On est venu avec une infirmière dans le cadre de la psychiatrie de secteur ordinaire, parce que je suis aussi un homme de terrain. Je vois un homme "Bonjour Docteur Comment allez-vous? » Versant maniaque, comme les gens qui sortent tout nu dehors et qui n'ont pas froid. Grands cheveux longs d'artiste, asseyez-vous, je vous prie, etc... « Vous voulez boire quelque chose »... dans un petit 9 mètres carré, et la télé marchait. Je lui dis : « vous pouvez fermer la télé je suis un peu sourd » il me dit : « si je ferme la télé, c'est l'enfer ». C'est le seul moment où il m'a parlé de sa souffrance. Si je ne suis pas distrait, c'est l'enfer pour moi. Puis, il nous a parlé de sa vie qui était compliquée sur le plan somatique. Il avait de gros problèmes digestifs qu'il fallait traiter. Il avait des problèmes psychiques évidemment, il avait rompu avec toute sa famille, même sa famille qui l'aimait bien. Il était d'une famille riche, une famille de très gros commerçants. Rupture active des liens. On voit beaucoup d'ailleurs dans vos vignettes : rupture des liens. Il faut bien voir que c'est une rupture des liens active, ce n'est pas une rupture, comme ça passive. Alors, je lui dis à la fin, « Monsieur, je pense qu'il faut que l'on revienne vous voir, vous êtes d'accord ? » Il me dit « non, je ne suis pas d'accord pour que vous reveniez me voir. Mais vous Docteur est-ce-que vous voulez venir me voir? » Le désir de l'autre : je lui dis "Oui Mr untel moi je veux venir vous voir". Il me dit "alors Docteur vous serez le bienvenu". Voyez c'est ça le désir de l'autre, il ne pouvait accepter une intrusion que si son désir d'être aidé passait par le désir d'un autre. Lui-même était dans l'incapacité de demander. C'est ça la mauvaise précarité. Le petit avorton kangourou il n'a pas besoin de demander, il se dit à lui-même, je vais vers la poche de maman sinon je suis mort. Il ne le dit pas comme ça mais instinctivement il fait comme ça. La mauvaise précarité, c'est je ne peux plus demander d'aller dans la poche de maman, d'aller à l'hôpital, d'avoir de la bonne nourriture donc il faut que quelqu'un demande pour moi d'une manière que je puisse accepter, d'une manière acceptable pour moi. Voyez, j'aurais dit à ce homme "écoutez Mr, vous avez 50 ans, vous ne savez pas si vous voulez voir une infirmière ou un médecin, franchement c'est nul. Quand vous voudrez qu'on vienne vous voir, ici on est une société d'autonomie, on ne force pas le gens, voilà ma carte



appelez-moi ». Je lui aurais dit quand vous serez guéri, appelez-moi. "Toutes les fois qu'on veut travailler exclusivement sur la demande, c'est presque comme si on disait "Quand vous serez guéri appelez-moi". Ceux qui peuvent nous dire exactement ce qu'ils veulent vont suffisamment bien déjà. C'est bien de dire voilà ce que je veux, écoutez je souffre le martyr, moi je ne peux plus supporter ça, aidez-moi sinon je vais me flinguer. Il va bien le type qui dit ça, il va bien, il est capable. Souffrir n'est pas aller mal, souffrir n'est pas être heureux mais la souffrance n'est pas un signe de maladie. Quelqu'un qui est capable de dire aidez-moi, sinon je tue quelqu'un ou je me tue, ou je pars il va bien, pour moi en tant que psychiatre. Peut-être qu'un flic l'entend et va dire "internement tout de suite". Le désir d'un autre se déploie d'une manière très pudique. Voyez comme c'est important le désir de l'autre, qui n'est pas l'emprise. L'emprise ce n'est pas trop bon non plus.

Le 1er signe paradoxal, c'est plus on va mal dans le syndrome d'auto-exclusion, moins on demande de l'aide : c'est quelque chose qu'il faudrait écrire en grand sur les frontons de vos établissements. Les gens qui vont bien ils demandent, il y en a qui demandent trop aussi. Il y a peut-être des pathologies de la trop demande, mais il vaut mieux trop demander que pas demander. On peut refuser à quelqu'un qui demande trop mais proposer à quelqu'un qui ne demande pas, c'est déjà plus difficile. Par exemple, les gens qui n'ont pas la chance d'être pauvre, les gens qui sont dans la classe moyenne, qui ont tout pour être heureux, s'ils rentrent dans un syndrome d'auto-exclusion, on met très longtemps avant de s'en apercevoir parce qu'ils n'ont pas la chance d'être confrontés aux travailleurs sociaux, à la PMI pour les bébés. Quand on est dans l'auto-exclusion, il vaut mieux être pauvre que riche. Comme on assimile la douleur d'exister à la pauvreté, ceux qui ne sont pas pauvres, ils ont tout pour être heureux, c'est pas vrai. On voit bien actuellement que la souffrance au travail, ça touche même des gens qui gagnent 10 000 € par mois et qui peuvent avoir les mêmes pathologies qu'à la rue. La pauvreté et la précarité mauvaise, ce n'est pas pareil.

Que fait-on fait quand quelqu'un ne demande pas? Il faut essayer de contourner parce qu'on ne peut pas non plus dire à quelqu'un "vous ne demandez pas, moi je sais ce qui est bon pour vous. Je vous donne". Quelquefois on peut le faire si c'est vital. Si quelqu'un se jette par la fenêtre, vous vous ne posez pas la question, vous le retenez. Imaginez que vous soyez assez intellectuel pour vous dire j'y vais, j'y vais pas, c'est trop tard. Il y a des tas de moments où il ne faut pas réfléchir et où ce qu'on fait de bien c'est l'intuition; l'intuition qui vient dans une motricité, une parole. Quelque chose parle de nous, et on en parle aux collègues pour dire "j'ai dit ... qu'est-ce que tu en penses? J'ai dit une connerie ou pas". Il y a des moments où il faut se laisser aller comme si quelqu'un sautait par la fenêtre.

Quand il y a quelque chose d'objectif, on est autorisé à être un peu autoritaire, et il faut s'autoriser. Mais après on verra par rapport au cadre, les choses qu'on peut faire et les choses qu'on ne peut pas faire. Ce n'est pas toujours aussi facile que ça.

Le 2ème paradoxe qui se passe, c'est que les gens ne parlent pas à la bonne personne apparemment, j'appelle ça l'inversion des signes. Vous avez quelqu'un qui va parler à un travailleur social comme si c'était un psychologue ou un psychanalyste, lui raconter des choses de sa petite enfance, les sévices sexuelles, les sévices violents, les deuils, les guerres. Et quand vous l'envoyez voir un psy, il va dire "Bonjour Docteur, je voudrais un travail et un appartement, bon allez voir un travailleur social". Ou quelqu'un qui est enfermé chez lui avec des journaux empilés, plus d'électricité, des bougies, vous êtes obligés de faire quelque chose. Pas du jour au lendemain mais vous êtes obligés de faire quelque chose. C'est obligatoire parce que un des grands principes que je vous dis, que j'ai appris avec des lacaniens qui venaient dans mon service pour faire des présentations de malades, c'est qu'il faut trouver un compromis entre le symptôme de la personne et le lien social. Qu'est-ce que c'est qu'un compromis entre un symptôme et le lien social ? Ça veut dire qu'il faut accepter le symptôme parce que le symptôme c'est la manière dont le sujet est vivant. Dans la théorie psychanalytique et peut-être même en y incluant des théories de type neuroscientifique, on pourrait dire que ça n'est pas pour n'importe quelle raison qu'on crée certains troubles. C'est des sortes de digues pour empêcher d'autres délabrements, ça s'appelle des mécanismes de défense. C'est assez bien indiqué donc il faut respecter le symptôme et il faut respecter les effets que le symptôme fait sur le social. Ça peut-être de la violence, mais ça peut-être des troubles du voisinage majeurs. Troubles du voisinage majeurs, si on laisse faire, les voisins vont se venger. Ils vont faire une pétition : 1ère pétition ça marchera pas, 2ème pétition au maire, préfecture. Il y aura une expulsion donc il faut prendre en compte le rapport symptôme environnement. Parce qu'on ne peut pas vivre seul, même quand on a bien raison d'avoir un symptôme, on ne vit pas seul au monde. Il faut que le symptôme soit compatible avec la vie sociale, c'est ça l'objectif. Si on ne respecte pas la vie sociale, la vie sociale se venge. Si on ne respecte pas le corps, le corps se venge. Si on ne respecte pas le symptôme, la personne se venge. Donc il faut essayer de tenir toutes les choses à respecter dans un compromis viable.

Le 3ème paradoxe, c'est le plus terrible. Mais ça j'ai l'impression que vous le connaissez bien d'après les 4 papiers que j'ai pu lire. C'est plus j'aide les gens, plus ils vont mal. C'est ce que Freud a appelé la réaction thérapeutique négative. Il faut accepter pendant un certain temps qu'il y ait des dissociations, des discordances entre le bien objectif qu'on fait (par exemple donner la possibilité de loger dans la dignité, donner la possibilité de se soigner correctement, donner la possibilité d'être accompagné sur le plan financier, donner la possibilité d'avoir une présence attentive), ça c'est bien.

Mais il peut y avoir des discordances et les gens peuvent aller mal sur le plan de la santé mentale pendant ce temps-là. On va restituer une recherche mardi prochain à l'école normale supérieure de Lyon où on a pu montrer que quand on amène les SDF au logement, plus des 2/3 s'aggravent ou ne vont pas mieux, un petit 1/3 s'améliore. Ça veut vraiment dire que quand on donne ce qu'il faut aux sans-abris, un abri, on commence juste à travailler. Le problème reste entier pendant des mois, des années, quelquefois avec une évolution linéaire, quelquefois avec une évolution en dent de scie. Il faut vraiment savoir que quand on est dans des problématiques de la survie, dans des problématiques cliniques extrêmes, le mieux on fait, plus les malades vont mal. Ça veut dire qu'il faut pas trop bien faire, pas trop vouloir guérir les gens trop vite. Heureusement, on a souvent des obstacles, merci les obstacles. Quand il y a des obstacles, vous pouvez remercier le dieu de la médecine ou le dieu de l'accompagnement social. S'il n'y avait pas d'obstacle on tuerait tous les malades, sauf ceux qui vont bien. Ceux qui vont bien, vous les aidez. Ils vous disent "Merci Docteur, voilà je vous offre du chocolat, venez boire un café à la maison quand vous voulez". Ceux-là vont bien. Mais ceux qui sont dans des problématiques complexes d'auto-exclusion, Patrick Declerc appelait ça la désocialisation, un autre belge appelait ça l'exil de soi-même. Les choses ne sont pas linéaires, et quand on aide les gens ce n'est pas facile. Donc il faut accepter que quelquefois plus on aide les gens plus ils vont mal. Il faut accepter de ne pas être trop rapide et en tout cas de remettre sur le chantier les choses, ça fait partie du boulot. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Dans cette répétition, on le voit bien il faut être patient, il faut prendre du temps. Nous ce que l'on mettait un petit peu en évidence dans nos travaux, c'est que bien sûr que l'on sait, mais n'empêche que c'est par là qu'arrive aussi l'usure, la difficulté, le ras le bol à certains moments. On bute régulièrement sur cette usure, ces difficultés.

- *Dr Furtos* : « *Et cette usure se marque comment ?* »

- Anonyme : « *On en parle beaucoup déjà, c'est déjà pas mal !* »

- *Dr Furtos* : *Oui c'est bien. Mais vous en parlez comment ? En disant on en parle beaucoup, c'est-à-dire ?*

- Anonyme : « *On a la chance d'avoir des temps clinique très très réguliers, où l'on peut venir déverser effectivement tout notre ras le bol de situations. On peut alors exprimer qu'on en a marre, qu'on est fatigué, qu'on n'en voit pas le bout. Dans notre SAMASAH on est avec des personnes handicapées psychiques avec de gros troubles psychiatriques, et le fait de pouvoir régulièrement se dire qu'on n'en voit pas le bout, que c'est difficile, ça permet aussi de redémarrer. Mais on a souvent des moments très pessimistes.*»

- *Mais le bout se serait quoi ?*

- « Le bout serait de sentir un mieux-être. Entrevoir un mieux-être qui ne se voit que très peu. Je pense assez bien résumer... »

- « *Mais qu'est-ce que ce serait la sortie le bout ? Parce que nous, on est des services, on accueille des gens. Mais se poser la question : le bout ce serait quoi ?*

- « Nous, le bout ce serait dire qu'ils sortent du service, de les lâcher quelque part ou qu'ils nous lâchent. »

- « *La déprise ?* »

- « Mais dans le bon sens du terme »

- « *Ce serait quoi le bon sens du terme ?* »

- Justement, par rapport à la déprise dont vous parliez, la déprise de pouvoir eux nous quitter, voilà, quelque chose comme ça. Enfin je parle du bout du service, pour nous, le bout du service c'est la sortie. Toute la question de la sortie n'est pas simple.

- « *Mais n'est pas aller voir ailleurs si j'y suis ?* »

- Eh bien justement, on espère que ce n'est pas aller voir ailleurs si j'y suis !

- « *C'est quoi alors ? C'est une sorte de pouvoir prendre soin de soi...* »

- « Quand ils y arrivent... oui bien sûr, mais ils y en a qui y arrivent »

- « *Certainement, certainement. Et dans toutes les analyses que je fais, il y a toujours un moment où je dis « aujourd'hui on va parler des choses qui ont bien marché ». Parce que quelque fois on ne parle que des choses difficiles et on oublie toutes les choses qui marchent facilement. Et on n'en parle pas, parce que justement ça ne nous encombre pas la tête. »*

- Justement, par rapport à ce perpétuel recommencement, je trouve que nous, on fait appel à la mémoire du service. On se rappelle d'un patient qui pouvait être difficile, et on se dit, là il y a eu effectivement, face à une impasse, il y a eu une forme d'issue, de sortie... Moi j'aime beaucoup tout ce qui est autour de la création, de la créativité. Essayer de trouver ce qui ne se passe pas, de s'y retrouver. La sortie, pour moi le but effectivement, enfin le bout, serait celui-ci.

- « *Et après la sortie, vous gardez un lien avec les gens ?* »

- « Logiquement non. Moi j'ai la chance de faire partie de deux services et je suis à la frontière. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui sortent du SAMSAH et qui reviennent au Centre Ressources. Et dans ce service-là, effectivement, il y a des gens pour qui je garde un lien. »

- « *C'est très important. Parce qu'il y a deux manières d'accompagner : il y a les accompagnements liés au lieu et les accompagnements liés à la personne.* » ...

... Alors dans la pureté du travail, les accompagnements liés au lieu, on les accompagne tant qu'ils sont là et dès qu'ils quittent... Et tout ce qui a été vécu avec la personne s'arrête, c'est comme si on quittait des gens qu'on aime bien et qu'on ne puisse plus les voir. Même ses parents parce que la famille n'est qu'un cas particulier, donnant droit, où l'on peut vivre, s'épanouir, grandir. Et donc il ne faut pas craindre que même dans les accompagnements liés au lieu, il puisse aussi avoir un après, mais qui évidemment doit être régulé, quand quelqu'un est parti, ce n'est pas comme quand il était là. Je vais vous donner un exemple : dans un foyer dans le service dont je m'occupais avant, on avait des résidents, qui étaient des patients qui n'avaient plus besoin de l'hôpital, mais qui ne pouvaient pas encore habiter réellement dans la cité, une sorte de résidence thérapeutique que j'aimais bien et quand ils partaient, on les suivait le temps qu'il fallait. D'ailleurs le temps était qu'une autre équipe s'occupe d'eux, ou qu'ils nous disent j'ai plus besoin de vous, ou qu'ils déménagent complètement mais on faisait un suivi. Et en ce qui me concerne moi, je vais vous montrer quelque chose, cette petite chose c'est un téléphone, j'ai des patients qui ont mon numéro, qui me l'ont demandé quand je suis parti, qui m'ont dit « mais alors vous partez... », alors je leur ai dit, « mais je vais vous laisser mes coordonnées ». S'ils m'appellent je disais : « écoutez, moi je ne peux plus vous soigner, je ne suis plus votre docteur, mais expliquez-moi ce qu'il se passe. » La relation continue. C'est extrêmement important de voir que la relation continue même quand le contrat s'arrête, parce que le contrat payé par..., je ne sais pas par qui vous êtes payés, mais c'est un contrat très limité. Mais comme disait Lévinas, quand on s'engage, on ne sait pas à quoi on s'engage. Quand on s'engage, on s'engage avec un être humain, ça veut dire qu'après « désolé, je ne vous connais pas Monsieur. Oui je vous connaissais avant, mais là non. Désolé vous êtes qui ? Ah oui, je me souviens. Mais désolé, je ne vous connais plus. » Non là, il ne faut pas faire n'importe quoi là non plus. Il y a une assistante sociale qui nous racontait dans un lieu, je ne me souviens plus lequel, un ancien SDF avait quitté une ville pour venir la voir, cinq ans après, pour voir si elle était toujours vivante, si elle était toujours gentille avec lui et il avait été heureux et il était reparti heureux. Il était venu vérifier si la relation continuait. Donc relation liée aux lieux mais tout de même liée aux personnes. Parce que sinon, on est des mercenaires. On travaille là, et pas à

côté. Quand on s'engage, on s'engage qu'est-ce que vous voulez. L'engagement, le cadre c'est fait pour faire un certain travail, mais la relation humaine dépasse un peu le cadre contractuel, c'est pour cela qu'on parlera peut être cette après-midi de l'informel. Le formel c'est ce pour quoi on est payé et l'informel, c'est ce qui vient, on y répond ou pas. Qu'est-ce que c'est que l'informel?

- Anonyme : « Mais est-ce que ce n'est pas un peu implicitement dire qu'on n'a pas de limite? »

- Mais si. Non alors. Mais vous faites bien de poser la question. De toute façon les malades ne sont pas des cons. Moi j'ai donné souvent mon numéro à des patients qui allaient mal, ils en font un très bon usage. Par exemple je me souviens, un jour, il y avait un patient, il voulait devenir une femme, il voulait être hospitalisé en urgence, il était angoissé comme tout. Je savais qu'il avait déjà fait sept ans de prison il y a dix ans, je cherche un lit, y'a pas de lit sur tout l'hôpital. Devant lui, je dis « écoutez y'a un problème, y'a pas de lit pour ce week-end, je vous laisse mon numéro, si y'a vraiment quelque chose qui ne va pas, appelez-moi, on trouvera une solution. » Le fait que je lui laisse mon numéro, fait qu'il s'est débrouillé avec lui-même, tout seul, et qu'il n'a pas eu besoin d'être hospitalisé. Et cet homme m'appelle maintenant. Quand je suis parti, il m'a dit « ne me dites pas que je fasse mon deuil. » Il avait dû lire des livres. « Je ne veux pas faire mon deuil de vous, c'est une catastrophe pour moi, je ne veux personne pour vous remplacer, si ça ne va pas, j'irai à l'unité médicale d'accueil. » Alors j'ai fait une lettre à l'unité médicale d'accueil, malgré tout je lui ai dit, téléphonez-moi. Au début il me téléphonait toutes les semaines, bon toutes les semaines, c'est un peu beaucoup. Je vous propose tous les quinze jours et maintenant c'est tous les mois. « Ecoutez, maintenant je vais bien, c'est uniquement si j'ai besoin. » Les malades voyez, si vous leur donnez la possibilité qu'ils existent pour vous, ils se construisent, ils n'en profitent pas. C'est très très rare. De tous les patients à qui j'ai donné soit mon mail, soit mon téléphone, très nombreux, tous ceux qui me l'ont demandé je l'ai donné. D'ailleurs c'est un téléphone professionnel, que j'utilise pour ma vie privée aussi, mais c'est un téléphone professionnel, mon mail est professionnel aussi, mais y'en a à qui j'ai donné mon mail privé, parce qu'il y a des situations d'amitiés malgré tout, interhumaines qui se passent. Et qu'est-ce que je voulais vous dire?... Ah oui, il y en a qu'un qui exagère après ma prise de la retraite. Il me téléphonait tous les jours, il avait fait venir une femme du bled, il la voulait, il ne la voulait pas. Un jour il m'a téléphoné, je sortais d'un musée à Saint-Paul de Vence, je lui ai dit « Ecoutez, laissez-moi tranquille. Allez voir le docteur Untel qui me remplace ». Je suis capable de dire « Bon, là, ça suffit ». J'ai demandé à ma collègue « il est venu vous voir? etc., dites-lui que je pense à lui, mais qu'il ne peut pas me téléphoner tous les jours. » Je vous assure qu'on a souvent l'impression que le fait que si « on leur donne ça, ils vont prendre ça ». C'est le contraire, c'est si vous ne donnez rien, c'est là qu'ils vont prendre de plus en plus. Il y a un iranien, grand soufi, joueur de cithare, je pense

que je vais l'appeler parce qu'il était très proche de moi, c'est son maître soufi de Londres qui me l'avait envoyé. Un vrai schizophrène, avec de vrais symptômes, un vrai soufi aussi. Eh oui l'un n'empêche pas l'autre, et je sais qu'il voulait m'inviter à manger un jour, je pense que je vais l'appeler en lui demandant « comment vous allez ? » Il s'est marié, il a deux petites filles, il est toujours schizophrène, il est toujours musicien, il est toujours soufi. J'ai une relation avec lui humaine, il ne m'a pas appelé, je vais l'appeler : « comment ça va ? » en tant que retraité ! Je ne fais plus d'ordonnance par exemple, s'il me demande une ordonnance, « ah je n'ai plus droit de faire des ordonnances, moi je ne suis plus employé au CMP, allez voir ma remplaçante. » Voyez la limite, et la limite c'est comme si je disais à quelqu'un « laissez-moi tranquille. » ça c'est le cri du cœur, il m'appelait tous les jours, laissez-moi tranquille. Mais comme disait Lévinas, quand on s'engage, on ne sait pas à quoi on s'engage. Il y a une relation thématique, contractuelle et une relation humaine. Je vous racontais qu'hier, je suis allé voir le film « Jimmy P. , psychothérapie d'un indien des plaines », qui n'a pas eu beaucoup de succès, il a tout de même été présenté à Cannes. C'est la psychothérapie anthropologique et transculturelle par Georges Devereux d'un indien, un sioux mettons, un indien des plaines américaines. Georges Devereux l'a traité à la fois en prenant en compte son indianité, en lui demandant si on appelait sa mère femme au cœur virile ? – « comment vous savez ça ? » « Parce que j'ai travaillé avec telle tribu et je sais que là, on appelle les mères « femme au cœur virile. » Et effectivement il y avait des femmes vraiment viriles et qui commandaient. Et ensuite, quand il a terminé et qu'il reparle, il fait une tranche d'analyse et il parle à son analyste « mais vous l'avez traité parce que vous étiez coupable, en tant qu'américain d'avoir exterminé les indiens dans leur culture. « C'est parce que c'est un indien que vous l'avez soigné ? » « Mais pas du tout. Je l'ai soigné parce que ça s'est passé entre lui et moi. » Il y avait donc une relation purement humaine mais cadrée. Ce n'est pas comme si on rencontre quelqu'un dans la rue. Et ce n'est pas parce qu'on rencontre quelqu'un dans le cadre de son travail que c'est une authentique relation humaine qui donc engage. Le non est possible, non je ne peux pas vous voir, c'est une réponse. C'est très amusant, je vous assure. Quand vous savez manier ça avec doigté, on ne se sent pas du tout envahi, ils savent quand ils peuvent... J'ai fait pendant 23 ans de l'hospitalisation à domicile, 23 ans, en plus de l'hôpital, pour des psychotiques pauvres qui ne pouvaient pas sortir de chez eux. Et ils avaient tous notre numéro de téléphone, ils n'en ont jamais fait un usage excessif, jamais ! Pourquoi ? Parce qu'il y avait un respect réciproque. « Oui mais, vous êtes docteur aussi, ce n'est pas pareil. » Et alors, qu'est-ce que ça fait que je sois docteur ? Y'avait l'infirmière aussi, qu'était pas docteur, qu'était infirmière. Mais non, vous vous faites une idée des docteurs.

On nous a appelé pour un autiste, qui au départ dans l'autre monde de sa grand-mère, est resté figé dans son lit pendant des mois, comme ça. L'infirmière et moi, on a commencé à le soigner à

domicile, puis ensuite il est venu nous voir au CMP, l'autre infirmière nous a quitté, j'étais seul, je le voyais une fois tous les mois, une fois tous les deux mois, il a été dans un appartement autonome, autonome mais suivi par GRIM, une très belle association qui travaille bien à Lyon, magnifique, avec beaucoup de respect, de créativité, tout ça... Quand je suis parti deux fois, une première fois pour prendre ma retraite et une seconde fois parce que j'avais remplacé la remplaçante qui était enceinte, bon, ils étaient contents. La première fois que je suis parti au niveau statutaire, il m'a dit « Docteur, vous avez été mon meilleur copain ! » Pour moi, c'était un compliment, de la part d'un autiste... Surtout que j'ai remarqué au bout de 15 ans seulement, on disait hier que le sujet est toujours quelque part, je me demandais où était le sujet en lui parce qu'il était toujours dans la répétition et en discutant, je me suis aperçu que son âme, le sujet, le sujet de la parole, le sujet de la liberté était resté dans la maison de la grand-mère, dans un petit coin, en Lozère. C'est là-bas qu'était restée sa partie saine. Alors on a discuté et on a regardé sur le net ensemble Bagnols les Bains... Et puis un jour je lui ai dit, je vous emmène en voiture, on va faire une visite à domicile. Ce n'est pas très classique pour un médecin, normalement c'est les infirmières qui font ça, mais j'étais seul. Bon, je l'ai emmené dans ma voiture, en le déclarant au Directeur. Le Directeur a dit « vous êtes sûr Docteur ? En Lozère ? Oui monsieur le Directeur, en Lozère. » Je ne voulais pas que ce soit un cadeau, je voulais que ce soit payé, que l'essence soit payée par l'hôpital, je faisais quelque chose en plus mais c'était dans le cadre du travail, ce n'est pas parce que j'étais sympa. Nous sommes allés là-bas, c'est extraordinaire ce qui s'est passé là-bas... Il était dans la maison de sa grand-mère, je l'ai présenté, « voilà un jeune homme qui fait un pèlerinage dans le village de son enfance », etc... c'était justement les gens qui avaient acheté à sa grand-mère « oh mais rentrez... » Ils lui ont fait visiter la maison, il a visité la maison, il a vu ce qui était pareil, pas pareil. Il est allé voir le seul copain qu'il n'ait jamais eu, qui n'était pas là mais y'avait ses parents, qui nous ont offert à boire et on en a revendu. Après ça, il s'est mis à voyager seul, à prendre les trains seuls, les cars seuls, mais il a d'abord fallu que je l'emmène dans ma voiture. Un peu limite, c'est la seule fois que j'ai fait une visite à domicile d'une journée entière. Mais ça m'a fait gagner dix ans, par rapport à mes prédécesseurs, si j'avais pu le faire dix ans avant. Le sujet était là-bas. Il avait oublié quelque chose de lui là-bas. Donc, ce que j'ai fait n'était pas orthodoxe, mais c'était exactement ce qu'il fallait faire. Mais je ne l'ai fait qu'une seule fois dans ma vie ça. Mais y'a des tas de choses qu'on ne fait qu'une fois dans sa vie. C'est tout le côté informel justement. Mais l'informel doit être professionnalisé, garanti par les règles du métier, on peut en parler devant les équipes, ce n'est pas de la clandestinité, c'est pas « je fais ça pour me faire plaisir », c'est pas « je fais ça parce que je suis gentil », c'est je fais ça parce que je pense qu'il faut le faire. Avec lui, situation unique au monde, une seule fois dans ma carrière, j'ai eu une très longue carrière, mais avec lui il fallait y aller. Donc ça engage. Ça engage, mais ça ne veut pas dire



qu'on fait n'importe quoi. Le fait de dire qu'on rentre dans la toute-puissance, c'est un danger à ne pas méconnaître. C'est pour ça qu'il ne faut jamais faire ça seul, il faut en parler devant l'équipe, toutes les fois qu'on fait quelque chose à la limite du convenu, sauf si on est vraiment dans un pays fasciste où il faut entrer dans une vraie clandestinité, ce qui n'est pas le cas chez nous, idéalement la hiérarchie doit être au courant. Moi j'ai voulu que mon Directeur soit au courant. Nous, quand on s'engage, on ne sait pas à quoi on s'engage, Levinas.

Je voudrais vous amenez à « qu'est-ce qui doit se passer pour qu'on ne soit pas que le docteur, l'éducateur, le pédagogue, l'assistante sociale qui a une vision normative ? » C'est effectivement une très bonne question. Je sais qu'en ce qui me concerne, quand j'ai commencé le métier, j'avais toujours au fond de moi, en commençant un entretien, l'idée de qu'est-ce que je vais lui proposer ? Comment je vais m'en sortir ? Surtout dans les cas difficiles. Et vers la fin de ma carrière, j'avais la chance de ne plus être dans cette position et je rentrais en communication comme ça se présentait avec le sujet, tel qu'il m'en parlait, là où il m'entraînait et à la fin, le fait de faire ou ne pas faire quelque chose, venait quasiment logiquement. Je crois que ce qu'il faut abandonner, c'est l'obligation impérieuse de faire pour réussir. Parce que ça c'est une question d'objet partiel, c'est comme quand on veut qu'un enfant soit propre, ce n'est pas lui qui nous intéresse c'est qu'il n'y ait pas de caca partout, ce n'est pas le patient qui nous intéresse c'est qu'il ne fasse plus ces symptômes qui nous gênent etc. Il faut tout de même que la personne se rende compte qu'il y a une relation authentique, où on finit par oublier ce pour quoi on est venu même si on parle à partir de ça.

Alors, l'action qu'il faut plus ou moins laisser tomber en partie c'est une partie d'activation. Une idéologie d'activation. Il est inanimé, il est inerte, je vais injecter de l'énergie par la parole, par des procédures et par des actes et ça, ça marche avec une télévision. Une télévision qui ne marche pas, vous mettez exactement ce qu'il faut, c'est incroyable comme ça marche et on sait bien faire. Les êtres humains sont d'une ambivalence par rapport à ça, ce n'est jamais mécanique et ce qui est le plus intéressant avec les gens que nous tentons d'aider c'est le processus. Et quand Lacan disait « la guérison vient de surcroît » et qu'on ne comprenait pas, ça voulait dire que si on est obnubilé par la guérison, on ne peut pas écouter ce que le patient a à nous dire. Sauf s'il y a une histoire de vie ou de mort. Pratiquement on doit oublier des tas de chose et à la fin ça vient tout seul parce que nous sommes dans un cadre professionnel, nous avons une intelligence qui a été bien formée et même si nous sommes jeunes, nous sommes déjà des professionnels et nous sommes beaucoup plus intelligents que nous le croyons quand nous nous laissons à ne pas savoir au départ. Ne pas savoir au départ c'est important.

Et c'est ce que j'avais dit, je l'ai répété hier soir, ce que j'avais dit à un journaliste qui m'interviewait au nom d'un groupe de foyers sociaux, il me dit « Ecoutez, pour terminer, est-ce que vous pourriez donner un conseil à nos adhérents ? » Volontiers. Et je me suis entendu dire, une phrase qui venait du Dieu de la psychiatrie, du Dieu de la clinique psycho-sociale, et pas de moi. Moi j'étais le receveur, je l'ai vite écrit au tableau pour ne pas oublier et ce que je me suis entendu lui dire c'est, « Il faut accepter d'être délogé provisoirement de son cœur de métier pour pouvoir y loger l'autre. » Ce qui est important, c'est d'être délogé provisoirement, ça veut dire pas tout le temps. Si on est délogé tout le temps de notre cœur de métier, il faut changer de métier. Mais si on n'est pas délogé provisoirement de son cœur de métier, ça c'est dans les dispensaires en brousse, on a cinq cents personnes qui viennent, moi j'ai connu ça : un furoncle : on opère, une infection : antibiotique, un bébé : on fait, conseils diététiques. Quand il y a cinq cents personnes, on est uniquement dans le faire. Quand on a la chance d'avoir un temps de relation, on accepte d'être délogé provisoirement de son cœur de métier pour pouvoir y loger l'autre. L'autre a l'impression qu'il a une place. Et à la fin on dit, « Mais à propos, vous êtes venu pourquoi déjà ? Comment je peux vous aider, dites-moi ? Vous attendez quoi de moi ? Ou alors, écoutez, je pense que... » Et ça vient tout seul après. Pour ce temps d'être délogé provisoirement, montre à la personne que c'est la personne qui est intéressante et pas son panaris ou son AVC seulement, bien qu'un AVC ne soit pas un panaris, mais en tout cas même un AVC, c'est la personne qui a un AVC, vous ne soignez pas l'AVC, vous soignez la personne qui a un AVC. Et peut-être que pour accepter d'être dans cette position, il faut que nous, les aidants, nous acceptions d'être dans une position précaire. Précaire, c'est ne pas savoir ce que nous allons faire pour aider l'autre. Précaire, c'est « j'ai besoin de vous pour m'aider à comprendre ce que je vais faire pour vous aider. Mais c'est vraiment, j'ai besoin de vous ». Ce n'est pas une sorte de combine, pour vous montrer que je suis dans l'air du temps. Vous ne pouvez pas savoir comme les gens deviennent intelligents quand nous on l'est moins. C'est très très important que la précarité soit réciproque. Et qu'il y ait des moments où écouter c'est une grande précarité parce que quand on écoute, on ne sait pas ce qui va venir, on ne sait pas comment on va le comprendre, on ne sait pas la phrase qui va venir après, c'est extraordinaire, une vraie écoute. Alors que quelquefois vous parlez à un médecin, à un éducateur qui vous dit « Oui, j'ai bien compris, vous me dites ça, bon alors... » Non ! Il n'a rien compris ! Il faut un petit moment pour écouter. Il faut être dans une précarité qui conduit à un non savoir qui n'est pas du pipeau, qui n'est pas idéologique.

Si je pense que c'est important que ce soit provisoire. Si, si, je pense que c'est important, sinon on n'est plus dans le métier. Si vous lisez Madame Favret Saada, quand elle étudie les sorts et la sorcellerie, dans le bocage normand. Elle a tellement écouté, qu'elle s'est fait envouter elle-même, qu'elle a dû se faire désensorceler. Elle a eu tellement de respect pour ce qu'elle entendait, qu'elle

a été envoutée par des sorts. Elle est allée voir Madame Flora, tireuse de cartes de Tarot, pour la désenvouter. Et elle a divorcé, elle a fait ensuite, plusieurs années après, des livres extraordinaires, plusieurs années après elle est revenue à elle, mais elle a tellement écouté qu'elle a perdu son cadre. Alors je pense que l'on ne peut pas conseiller à tout le monde de perdre son cadre pendant deux trois ans. On ne peut pas. Ca se fait pour ceux qui veulent devenir analystes, pour faire une analyse didactique car pendant que je suis une analyse didactique, je ne pense qu'à moi, « médecin, soigne-toi toi-même ». Alors, je ne pense qu'à moi. Les chamans aussi font des cures chamaniques pour devenir chamans et des tas de choses. Mais ce qu'a fait Madame Favret Saada, c'est exceptionnel, ensuite elle en a tiré une théorie extraordinaire que moi j'ai intégré dans la théorie psycho-sociale. Nous sommes tous un peu comme Madame Favret Saada, nous prenons, quand nous nous laissons aller même pendant vingt minutes ou pendant une visite à domicile, nous prenons en nous des choses qui ne nous appartiennent pas et qui nous possèdent. Et c'est le problème de la traumatisation vicariante. Qu'est-ce que c'est que la traumatisation vicariante ? Le Pape est le vicaire du Christ, quelquefois nous sommes le vicaire de nos patients. C'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas souffrir leur traumatisme et nous le passe et nous on reçoit le traumatisme avec les mêmes effets que le traumatisme, on se répète toujours la même chose, on pense toujours à cet homme, à cette femme, chez soi, même chez soi on n'arrive plus à être dans l'intimité de notre chez-soi, on est dépersonnalisé, y'a des moments où on ne sait plus à quoi on pense, on ne sent plus son corps soi-même, on fait des fautes professionnelles, on fait des maladies, on veut démissionner, ou on se plaint de soi-même, je ne m'occupe que de mes vacances et de mes enfants... Il est réellement, effectivement, très dangereux d'être à l'écoute d'autrui, même pendant vingt minutes et même pendant un certain temps. Donc le problème, quand on prend le risque de ne pas savoir ce qu'il faut faire tout de suite, sauf s'il y a un danger de vie ou de mort, je pense qu'il y a vraiment de vraies urgences à certains moments et qui sont des fois des urgences où il faut décider dans le moment. Et bien des fois, c'est pas d'être activiste, c'est maintenant que je vais le faire, c'est intuitif. Mais comment on fait parce que, le premier signe de la clinique psycho-sociale, c'est tout de même que les personnes ne sentent plus leur souffrance. C'est pour ça qu'ils vont bien. C'est pour cela que les SDF dont je vous parlais vont bien. « Bonjour Docteur, comment ça va ? Que puis-je vous offrir ? » Il n'est pas sorti depuis neuf ans, il va être viré, il vomissait toutes les nuits, il avait mal aux genoux, il fallait qu'on l'opère d'un genou... Donc comme un individu n'existe pas, ce que l'individu refuse de vivre du point de vue du traumatisme, il le donne, il le loge dans l'aidant si celui-ci est disposé à l'accepter. Pour de vrai. C'est-à-dire que nous sommes squattés par le traumatisme de l'autre, par la souffrance non dite de l'autre. Une souffrance qui ne peut pas se dire en inter activité, qui tourne sur elle-même. La manière de procéder est simple : soit on refuse de souffrir à cause de l'autre et on est purement dans la procédure « Qu'est ce qu'on fait ? » « Non,

je ne vous parle pas de ça, vous me dites que vous n'avez pas de logement, qu'est-ce qu'on va faire pour... non, ne me parlez pas de votre père, restons au niveau de votre logement... » Et à ce moment-là, on ne parle pas, vous ne recevez rien en vous et vous êtes dans une action purement procédurale qui peut être utile, mais en dehors de toute relation réelle, sauf la relation d'emprise. En étant malade, j'ai vraiment vu ce que c'était, on n'existe pas autrement que par la technique. Et c'est hallucinant.

Soit vous acceptez, et à ce moment-là, vous sentez à certains moments que vous ne savez plus quoi dire, vous ne savez plus quoi penser, vous ne savez plus quoi faire, alors vous dites à la personne « Ecoutez, on se reverra demain, allez boire un coup à la cuisine... » Vous en parlez avec vos collègues, vous écrivez ce qu'il se passe, vous revenez dans la narrativité parce que le traumatisme empêche la narrativité. Le traumatisme empêche la mémoire vivante et fait une mémoire circulaire. On le sait même d'un point de vue neuro scientifique maintenant, on sait même quelle partie du cerveau s'arrête de fonctionner dans les traumatismes. Et donc comment remettre en jeu, pour vous, la narrativité ? L'écrire, dans des dossiers, vous parler à vous-même, « Mais qu'est ce qui se passe ? Mais qu'est ce qu'elle me fait ? » Vous pouvez même être grossier, à voix basse ou à voix haute. Vous restez un sujet parlant, vous ne vous laissez pas anesthésier, vous ne vous laissez pas entrer dans un syndrome d'auto-exclusion. Vous restez vivant, vous en parlez avec vos collègues, vous en parlez avec la hiérarchie. Quand vous rentrez chez-vous, souvent vous êtes obligés d'en parler avec vos proches. C'est les thérapeutes éponges. Moi j'avais femme éponge, très très grande thérapeute, meilleure que moi, je dis ça parce qu'elle n'est pas là... Mais elle était tellement éponge par rapport à ce que je vous dis, qu'à la maison je savais que j'avais dix, quinze minutes le soir, où fallait que j'écoute ce qu'elle avait fait. Tout ça pour vous dire, que chacun à ses méthodes. En tout cas, on ne peut pas rester seul. Si on fait ce que vous dites, c'est-à-dire ne pas répondre au coup par coup opératoire, ça nécessite de prendre du temps, de travailler au moins en binôme, d'avoir une vraie équipe, des discussions d'équipe, des analyses d'équipes, une réflexibilité en équipe, des recherches, des aménagements du travail, des discussions de « qu'est-ce que c'est que l'éthique ? » Parce que, si vous voulez, quand on est amené à écouter vraiment, on fait souvent des choses qui ne sont pas prévues par le règlement. C'est fréquent, c'est normal. Celui qui fait toujours des choses prévues par le règlement, c'est qu'il fait une grève du zèle. Les grèves du zèle, c'est faire que ce qui est prescrit. Les douaniers, n'ont pas droit de faire la grève, quand ils veulent enquiquiner le gouvernement, ils font tout ce qui est prescrit et ça paralyse tout le système. Quand on fait une grève du zèle, on paralyse tout le système et quand on ne fait pas de grève du zèle, on fait un usage intelligent du système. ...Qu'est-ce que je voulais vous dire là ? La transgression, c'est ça, on est obligé de faire des transgressions, que j'appelle moi, des marges de manœuvre. C'est-à-dire, des choses, qu'en principe quelqu'un qui est alcoolique vous dirait : « Allez, on boit

un coup Docteur ? » On n'a pas besoin d'être Docteur pour boire un coup !... Est-ce que vous devez dire : l'alcool moi je ne supporte pas, donnez-moi de l'eau piquante ? Peu importe, vous devez répondre à « On boit un coup Docteur ? » Alcool ou pas. Si un jour c'est de l'alcool, c'est peut-être pas le plus grave qui puisse arriver, il faut en parler à l'équipe et que ça ne se renouvelle pas trop. Si un jour, la personne vous dit, « Je vous donne ma carte bleue, il faut que vous alliez me chercher de l'argent, il faut que je paie... » Vous n'avez pas le droit de le faire, vous n'êtes pas du tout délégué de tutelle. Vous le faites, vous le dites à vos collègues, parce que si un jour y'avait quelque chose et puis merde, vous avez bien fait. Moi, souvent, on me dit des choses, surtout dans des associations, on me dit des choses complètement défendues. « Vous n'auriez pas dû le faire, mais vous l'avez fait, c'est bien. Voilà ce que vous avez fait. » Et j'explique ce que je comprends qui s'est passé, dans la transgression. C'est-à-dire, c'est transformer... Ce n'est pas de la transgression, c'est de l'aménagement intelligent du travail. C'est une transgression par rapport à une norme répétée. Mais vous savez que même le travail à la chaîne, si vous ne faites que ce qui est prescrit, la chaîne s'arrête. Dans le travail à la chaîne, avec Charlie Chaplin, y'a toujours des choses qui se grippe et l'ouvrier intelligent c'est celui qui au fur et à mesure, fait des petites bricoles pour réparer la chaîne. Même pour faire un trou, on est obligé d'improviser, y'a une racine, y'a une pierre. L'improvisation c'est ne pas faire tout à fait ce qui était prévu. Y'a qu'une chose où il faut toujours faire ce qui est prévu, m'a dit l'un de mes amis qui est dans les fusées, qui a fait voler Ariane et là on ne peut pas improviser. Bon, je ne connais pas. Pour conduire un avion, j'admets qu'on ne peut pas improviser, sauf s'il y a une catastrophe. Mais en général...bon, je ne connais pas la question des avions. Mais dans l'avion inter subjectif de nos métiers, on est sans arrêt dans l'informel, dans ce pour quoi on n'est pas payé en principe, « Est-ce que l'on doit faire le ménage chez quelqu'un qui est dans l'incurie ? Dans quel cas il faut le faire ? Dans quel cas il ne faut pas le faire ? Jusqu'où il faut le faire ? Est-ce qu'il faut accepter les cadeaux après ? » Bien sûr que si jamais on met la main à la pâte, si c'est de l'incurie, c'est de l'incurie. Bien sûr, mais si on devient une femme de ménage ou homme de ménage, c'est encore autre chose, on n'est plus dans le cadre. C'est une question de dosage, mais on est obligé de faire des choses qui ne sont pas prescrites. Celui qui a toujours fait que des choses prescrites, bah il est très obéissant. On improvise en permanence. Ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est que quand on improvise pour de vrai, on ne le fait qu'une fois dans sa vie. Si on le fait deux fois dans sa vie, c'est que c'est devenu un truc. Une fois par vie, c'est-à-dire chacun étant unique, j'improvise à chaque fois in situ, là où je suis. Moi, si je vous disais toutes les transgressions que j'ai faites, ou toutes les fois où je me suis engueulé même en étant médecin avec le Préfet, le Directeur, quand je refusais d'obéir à des procédures, parce que je pensais que c'étaient des procédures scélérates et si je le faisais, ça allait casser le moral des infirmières, les patients, le moral des médecins et y'a des moments où il ne faut pas

obéir. Jusqu'à ce qu'on puisse négocier. Si vraiment on ne peut plus obéir, il faut changer de crèmerie bien sûr, il ne faut pas s'éterniser.

Je ne sais pas comment ça se passe chez vous, si y'a beaucoup de maladies, d'absentéisme... Y'a plusieurs manières de s'absenter, y'a une manière de s'absenter qui est de faire les choses automatiquement et puis y'a des manières de s'absenter où dès qu'on a une maladie on ne peut plus travailler, y'a des manières de s'absenter où on se casse complètement. Moi j'ai déjà vu deux fois des choses comme ça, une fois dans une association où je travaillais une fois par semaine les trois premières années, en accueil de jour pour les sans-abri : 50% du personnel jeune était tombé malade plus de trois mois, j'ai fait mes statistiques. Je suis psychiatre dans cette maison et je vois les gens qui tombent, y'avait pratiquement que le Directeur et moi qui n'étions pas malade car nous n'étions pas directement en contact. Et j'ai compris avec un cuistot proche de la retraite, qui a été agressé par derrière par un de ses compagnons, un SDF qui était compagnon à l'atelier cuisine, et ça l'a mis en pré-retraite, automatiquement, il n'a pas pu s'en remettre. J'ai discuté beaucoup avec lui et j'ai compris qu'en vingt ans, la cuisine était à l'entrée de la salle, il avait subi toutes les violences, toutes les agressions, toutes les violences verbales, toutes les violences par le comportement, la violence aussi à laquelle on ne peut pas répondre aussi parce que quand on est poli, quand on est professionnel, on parle normalement, on parle un français courant, on ne dit pas « tu me fais chier » ou quelque chose comme ça, ou exceptionnellement. Cette violence par son compagnon, par derrière, qui n'était rien en somme, c'était un petit bout de chou qui l'avait agressé, mais le fait d'avoir été agressé a fait remonter toute sa violence, il n'est jamais revenu au travail. Et j'ai compris que c'était la violence vécue qui avait sédimentée et l'avait scié à la fin. A partir de ce moment-là, dans toutes les analyses de la pratique, dès que y'avait de la violence, « parlons-en » etc. Et vous ne pouvez pas savoir comme c'est important de parler de notre violence, parce que les gens dont nous nous occupons, nous font violence, s'ils nous traumatisent, s'ils nous passent leur bébé souffrant. Déjà en nous-même on a nos propres familles souvent, même si on n'a pas nos propres familles, on a nos propres soucis, et avoir ceux des autres. Donc c'est une situation de violence. Je peux vous donner un exemple d'analyse de la pratique...

Ils me racontent donc, une étrangère d'un pays de l'est, médecin, qui a complètement oublié qu'elle était médecin, complètement dans l'incohérence, dans la dévastation, dans la perte, qui a une fille dont elle ne s'occupe pas du tout, elle n'a pas d'appartement et nous on essaye d'avoir un appartement, en urgence, mais on ne peut pas parce qu'elle est à l'hôpital... Comme elle est à l'hôpital, elle n'est pas en urgence, alors qu'on avait dit qu'elle sortira tel jour etc..., l'équipe se met en colère, etc..., et cette femme qui a été hospitalisée dans un service, venait à la PASS de manière impromptue, criait, demandait, insultait, dévastait le climat, elle était mal. Les gens

n'osaient pas lui dire quoi que ce soit. Ils me racontent ça et à un moment donné, cette patiente, disparaît et à la place ils me disent, « y'a un médecin généraliste, il ne comprend rien... » Effectivement, c'était un médecin qui n'avait pas d'empathie apparemment, pas de compassion... je suppose que c'est partiellement vrai. Mais ils se mettent à être agressifs contre le médecin, « il ne peut pas rester... » Au bout de vingt minutes, j'ai compris ce qui s'est passé. Leur ataraxie liée à cette malade, ils l'ont anesthésié et comme pour en faire quelque chose, ils l'ont dévié sur un problème institutionnel et ça se passe ! c'est authentique, je suppose que c'est authentique. Il y a peut-être un problème avec ce médecin, je ne le connais pas, mais peut être... Et je leur dit « à propos, comment va cette dame ? » « Elle va très bien, merci, elle est sortie. » Elle allait très bien, mais la violence continuait de les travailler et de se porter sur ce médecin à l'intérieur de l'institution en faisant un problème institutionnel insoluble. Fallait aller voir le chef de Pôle, fallait aller voir le Directeur. Et à ce moment-là, je leur ai dit « c'est vous qui êtes violents » je leur ai dit, essayer de voir : « cette femme vous a rendu violents ». Effectivement, la mémoire leur ai revenu, de mouvements de violences contre cette femme, qu'ils avaient complètement refoulé ou dénié, voyez... et ça, j'ai trouvé ça magnifique, c'était presque expérimental. Une violence contre, réactionnelle, qu'on ne peut pas dire, ni exprimer contre la patiente, qui en plus était médecin, mais plus médecin malheureusement. Et à un moment, la malade disparaît dans le discours et c'est un médecin, mauvais, qui apparaît et la violence n'est pas traitable.

Dans une analyse de la pratique, on ne peut pas traiter l'institution. Donc j'ai rétabli le sens, et vous ne pouvez pas savoir comme ils ont été heureux, ils se sont mis à sourire, à redevenir vivants, parce qu'ils ont récupéré la capacité narrative de la violence traumatique qu'ils avaient reçu. Récupérant la capacité narrative de la violence, c'était miraculeux. Le miracle de la parole, la recherche du sens, et le fait que justement, comme j'ai fait beaucoup de chose, j'ai appris un peu les choses et notamment je sais maintenant que la violence, il ne faut pas la louper. Voyez ce que les gens nous font... ça fait partie du métier.

Une dernière chose, quand j'étais à Dakar, à l'hôpital des femmes, pour un semestre d'internat, il y avait le chef des malades, et le chef des malades c'était un malade qui était un guérisseur, qui était le porte-parole pour les médecins, les infirmières, l'hôpital. Et manifestement, ce chef des malades allait drôlement bien. Alors je lui demande « pourquoi tu restes à l'hôpital, pour moi t'es pas malade ? » et il me dit « mais t'es fou ! » déjà dire t'es fou à un psychiatre, faut... « t'es fou, si je reprends mon métier de guérisseur, qu'est-ce qu'ils vont devenir mes enfants ? » J'ai compris que le métier de guérisseur, c'est travailler avec les mauvais esprits, c'est prendre les mauvais esprits sur soi et si on a des petits enfants, on risque de les passer aux enfants. Et bien c'est exactement ce qui se passe avec Madame Favre-Sadat quand elle va travailler avec les sorts. Mais nous aussi, les

gens que vous rencontrez, ils sont ensorcelés non pas par des sorts. Le sort, c'est un mauvais destin biologique ou social qui s'acharne contre nous, et on se dit, mais c'est quelqu'un qui me l'a donné, c'est pas moi, c'est pas possible que ça s'acharne sur moi... Avec notre pensée magique, que je vous ai suggéré ce matin, nous avons tous un peu de pensée magique, quand il y a un mauvais sort, on pense toujours que c'est le diable, c'est Dieu, c'est un méchant, etc... Et bien, nous sommes comme ces chasseurs de sorcières, nous sommes ensorcelés d'une certaine manière. Quand on dit « il a perdu l'esprit, il est fou », il n'a pas perdu l'esprit, « ah, il va mieux, il a retrouvé ses esprits ». Nous employons la même métaphore, que ceux qui utilisent la théorie des esprits pour soigner la maladie mentale.

Donc au fond, nos collègues guérisseurs et nous, nous n'utilisons pas les mêmes théories de la pratique, mais fondamentalement, il y a un bilinguisme que l'on peut comprendre. Il faut bien savoir qu'il y a une hygiène du travail, parce que justement, et je vais terminer là-dessus :

la première partie de ce que je vous ai décrit, c'est la disparition du sujet, par l'anesthésie, par la rupture active du lien, les comportements paradoxaux, la disparition de la honte, l'errance, l'incurie, il y a la mort, comme complication de tout cela...

... Le retour du sujet c'est souvent des situations de décongélation aigüe, violences, troubles du comportement, situations d'urgence médicales ou sociales et retour du sujet. Le retour du sujet dans l'aidant fait partie du retour du sujet, fait partie de la clinique psycho-sociale. Ce que les psychanalystes ont décrit dans la psychanalyse est un mécanisme absolument universel. On l'accepte, ou on ne l'accepte pas. Et disons que l'on peut dire dans nos métiers que ça fait partie du métier et qu'il faut savoir le traiter, professionnellement et humainement.

- Voilà, ça va peut-être suffire maintenant... OK ? A ce moment-là de la journée, c'est pas mal conclut, donc je voulais justement vous remercier, je pense que ça introduit bien nos ateliers.



## - Retour groupe 1

---

### Vignette clinique :

Mr A

1<sup>er</sup> contact se présente comme étant « au bout du rouleau » avec 1 TS récente ; état très dépressif. 57 ans, divorcé, 2 enfants, en invalidité. Habite une vieille ferme isolée ; a repris la location à la suite de ses parents.

Expériences professionnelles diverses : cuisinier, barman, technicien sur pylônes électriques en déplacements sur toute la France. A beaucoup souffert de son divorce ; de la séparation avec ses enfants. Souffrance réveillée lors de la séparation avec sa 2<sup>e</sup> compagne. Souffre de solitude.

Il a lâché prise sur :

- Son état de santé : pathologie infectieuse non traitée
- Sur une recherche d'appartement : le propriétaire met en vente son logement et cherche à l'expulser
- Au niveau de lien familial : pas ou peu de contact avec ses enfants âgés d'une 20aine d'années, ne cherche plus à les voir
- Au niveau de la gestion de son argent et des papiers administratifs : n'a pas mis en place le dossier de retraite et cumul de dettes (notamment loyer) ; mise en place d'une curatelle pour régulariser sa situation.
- Sur son hygiène de vie : alimentation (s'alimente mal)

Son parcours de vie caractérisé par :

- différentes ruptures : professionnelles, amicales, affectives, familiales
- des abandons : des abandons de postes professionnels, abandon de sa place de père ; se met en situation d'abandon.
- forme d'inertie : face à des situations problématiques (logement, santé...)

Cette situation a amené différentes réflexions et a fait émerger d'autres situations rencontrées autour de l'incurie, du lâcher prise, des limites de l'accompagnement.

### Questionnement :

Contexte de son arrivée au SAMSAH :

Dès le début de l'accompagnement, la curatrice et l'AS de secteur signalent l'urgence de la recherche d'appartement. Le propriétaire veut l'expulser. Mr A. refuse de quitter le logement, diffère les rdv avec le SAMSAH prévus pour visiter des appartements. Quand il en visite, met en avant des arguments pour refuser l'appartement.

Au fil de temps, la demande des partenaires de trouver un logement se fait de + en + pressante.

En parallèle, Mr A se positionne plus clairement en refusant de quitter son logement, alors qu'il est tout à fait en capacités d'en mesurer les enjeux.

Le SAMSAH l'alerte sur les conséquences de son refus (se retrouver « à la rue », vivre une expulsion avec des gendarmes,...). Mais Mr A persiste dans son positionnement. Il est au clair sur la

dégradation de son état de santé et exprime son souhait de finir sa vie le plus sereinement possible dans cette maison.

Le SAMSAH se trouve confronter à une grande inertie de la part de Mr A.

Le SAMSAH se trouve pris entre le choix de Mr A et la commande des partenaires / au logement « il faut que... »

Cette situation a fait débat au sein de l'équipe du SAMSAH avec la question : face à une **situation d'urgence** qui met à mal l'équipe comment se positionner. Prise dans cette urgence l'équipe a pu imaginer forcer Mr A à prendre un appartement. Mais qui écoute-t-on ? A qui répond-on ? Cette situation a fait ressortir les différences de culture et de positionnement professions sociales/professions soignantes.

Différentes notions ont été débattues : responsabilité morale, culpabilité, comment assumer de ne pas répondre à une pression extérieure, Comment se positionner face au choix de Mr A.

La notion de protection : a-t-on une mission de protection jusqu'à aller contre l'avis de la personne accompagnée ? La laisser se mettre en danger ?

L'inertie de Mr A face à l'urgence a mis en crise l'équipe : a cristallisé des positionnements très tranchés au sein de l'équipe : lui trouver absolument un appartement ou accepter qu'il se mette dans une situation très délicate : se retrouver très malade à la rue.

Après ces débats, l'équipe se positionnera en se recentrant sur ce qu'exprime Mr A. : abandon des recherches d'appartement. Il y a eu besoin d'un positionnement institutionnel pour valider le choix d'accompagnement.

La situation a pu se dénouer quand l'équipe a elle-même accepté de lâcher prise.

On peut repérer après-coup un « lâcher prise » par rapport à la demande des partenaires ; « lâcher prise » aussi par rapport à nos propres représentations du bien fondé d'un logement décent. Lâcher prise quant aux aux représentations « de moi je sais ce qui est bien pour vous ». L'équipe est passée d'un accompagnement à « ce qu'on voudrait qu'il soit », à un accompagnement partant de ce qu'il est, de ce qu'il dit.

Ce qui a aidé à se positionner : la lucidité de Mr A. quant à sa situation et aux risques encourus ; l'approche inéluctable de son état de santé (Mr A décèdera des suites de sa maladie infectieuse) en ayant gardé son logement.

### Axes de travail

Réflexion sur la difficulté des professionnels lorsque la maladie psychique de la personne accompagnée prédomine sur la maladie somatique : une personne présentant des troubles psychiques importants serait-elle capable de se positionner de la même manière que celle présentée dans la vignette clinique ?

Questionnements sur la nécessité d'un compromis, d'une négociation, entre la demande de la personne, l'urgence de la situation, la « commande » des partenaires et le positionnement du service d'accompagnement. A ces questionnements, le groupe partagera d'autres situations vécues sur cette notion d'urgence et de positionnement. Une infirmière présente sur le groupe, évoquera le cas d'une

personne anciennement, sans domicile fixe, hospitalisée suite à un accident de la voie publique. Elle explique intervenir à son domicile à ce jour et éprouver une difficulté de positionnement soignant car cette dernière est en situation de refus de soin. Plusieurs pistes ont pu être abordées au sein du groupe pour tenter de débloquer la situation : tenter de se décaler de son rôle 1<sup>er</sup> pour aborder la personne différemment, pouvoir « s’inventer » dans sa fonction.

Echanges sur les thèmes de l’incurie, de l’hygiène : questionnement sur nos propres limites et nos représentations, respect de l’espace privée de la personne (c’est au professionnel d’accepter la personne dans son lieu de vie), importance du travail commun avec les partenaires gravitant autour de la personne.

## Retour groupe 2

---

### Vignette clinique :

Le groupe de travail s'interroge sur la situation de Mme O :

Mme semble avoir eu une histoire de vie difficile depuis son enfance. Elle est âgée d'une quarantaine d'année. Un moment de « bascule » violent est repéré dans son histoire. Mme a connu une période d'errance.

Mme O est arrivée dans le service il y a 8 mois après un passage de relai d'un autre SAVS au vu de la problématique médicale multiple (physique et psychique). C'est son premier logement à elle.

Manifestations de la déprise aujourd'hui :

- Vécu d'effondrement et d'errance
- Mme O se dit dépressive, son handicap semble en dehors d'elle, elle attend une opération impossible qui guérira tout.
- Négligence importante de son hygiène et de sa vêtue
- Incurie du logement
- Démarches administratives débutées mais jamais suivies
- Pas de concrétisations de ses désirs
- Désinvestissement de soi au profit de tiers (enfants, compagnon...)
- Difficulté à se raconter sa propre histoire

### Réflexion :

**La déprise** est manifeste au vue de la situation de Mme O.

C'est une situation qui dure et qui fait partie de son histoire par des répétitions de vécus difficiles.

Mme O émet des désirs auprès des accompagnateurs, mais lorsque le service lui fait des propositions, elle n'en a plus « envie ». Le projet est vivant dans son esprit et cela semble parfois lui suffire.

Le SAMSAH évoque un accompagnement complexe car c'est une personne qui ne se raconte pas ; un effort énorme a été fourni pour l'inscrire dans une histoire. Le travail effectué avec elle pour préparer l'écrit de la rencontre inter SAMSAH a créé comme une enveloppe autour de Mme O. La reconstruction a donné du sens et fait du lien.

*Lors de la restitution en inter-groupes, Mr Furtos se montrera étonné que l'on n'ait pas mentionné un élément majeur et violent de l'histoire de madame. Le service expliquera avoir voulu taire des éléments intimes par souci de confidentialité. Mr Furtos insistera alors sur la nécessité de la narrativité dans la construction de la personnalité et de la vie psychique d'un individu. Un événement « omis ou tu » réactive souvent à un autre niveau la question de la violence, l'étude sans aider à le résoudre.*

Les échanges du groupe de travail mettent en évidence que les interventions du SAMSAH ont été multiples et variées :

-un travail d'aide à la prise de repères (temps, domicile, alimentation, argent...)

- un travail de soutien à sa réflexion sur ses liens aux proches (enfants, conjoint, sa place de mère et de femme)

-un travail sur le soin de soi (hygiène corporelle, vêtue, coordination médicale.)

Un travail psychique (écoute, reconstruction de son histoire, expression des désirs.)

Beaucoup de choses ont été faites depuis les 8 mois que durent l'accompagnement ; C'est un bilan plutôt positif pour quelqu'un qui a toujours lâché prise.

Plusieurs questions se posent au niveau de l'intervention des professionnels :

- Quel sens Mme O donne à sa vie et à son accompagnement?
- Comment signaler et traiter le problème de violence conjugale ?
- Comment l'accompagner sans l'envahir ?

✓ Qu'attend Mme O du service ?

Pour le moment, le SAMSAH lui rend visite et lui donne la possibilité de faire : il faut avoir pour elle une pensée désirante bien dosée pour ne pas trop l'intruser.

Elle a encore des désirs et c'est plutôt positif.

*Mr Furtos nous rappellera lors du partage des réflexions intergroupe, l'importance de comprendre les demandes et envies des personnes comme des « rêves éveillés ». Le désir est réel et présent, mais la réalisation pas forcément nécessaire, elle peut se faire à distance ou pas du tout. C'est néanmoins ce désir parfois qui permet aux personnes de continuer à tenir debout.*

Elle a pu effectuer seule la demande de participer à un atelier, manifestant son envie de progresser. Son quotidien a pu être amélioré par les supports mis en place par le service.

Le groupe se questionne concernant ses désirs :

- « Est-ce un discours plaqué ? »
- « Mme O fait-elle des demandes pour nous, les accompagnateurs, ou pour elle ? »

Cela ne simplifie pas les choses car on souhaite pour elle une place de sujet.

✓ La violence du conjoint :

La maltraitance est une normalité pour Mme O, elle banalise les faits.

La situation était difficile en présence du conjoint car ils ne pouvaient pas avancer.

Le SAMSAH s'est demandé s'il devait faire une procédure de signalement. L'orientation vers une association a, malgré tout, permis à Mme O de participer à des entretiens et d'éloigner son conjoint.

✓ Vécu des accompagnateurs :

- Ce que l'on fait est-il vraiment utile à madame ?
- Le fait-on pour elle ou pour nous ?
- Ce qui est mis en place la maintient-elle en sécurité ?
- Sommes-nous maltraitant malgré nous ?
- Allons-nous pouvoir maintenir longtemps un accompagnement avec si peu de résultats ???

Evocation du Mythe de Sisyphe, qui voit la vie comme un éternel recommencement.

Les professionnels du groupe mentionnent des questionnements identiques face au vide psychique :

- « Est-ce le désir ou non de la personne accompagnée ? »
- « Est-ce que l'on doit porter ce désir ? »
- L'ambivalence des accompagnateurs est permanente, « ne va-t-on pas trop loin ? »
- « Est-ce utile ? »

## Qu'est-ce que les situations de déprise nous renvoient globalement dans nos pratiques ?

### Une difficulté à trouver du sens et un sens à notre action :

Cette situation nous montre que malgré la perception des acteurs de terrain en place, beaucoup d'actions ont été menées de manière cohérente et complète. Une prise en compte globale de la personne avec ses différentes facettes a été menée, même si les intervenants ont eu le sentiment de tourner en rond parfois.

Cela nous amène à penser qu'il est important de se retourner sur le travail accompli pour pouvoir le mesurer et se sortir du sentiment d'être englué dans une situation.

On ne voit pas toujours l'évolution et c'est frustrant, le retour est parfois pauvre, les actions redondantes.

La dynamique est rythmée par la maladie, et quelquefois il n'y a pas d'évolution possible.

Cette évaluation de notre travail nous permet de résister à la tentation de s'agiter, et de « chercher un os à ronger » pour lutter contre notre sentiment de vide et d'impuissance.

On fait alors du maintien, le lien peut suffire.

Nous rappelons l'intervention dans la matinée de M.Furtos, il est important d'avoir des pensées pour les usagers. Il faut se poser avec eux, notre présence peut suffire, il faut accepter le vide même si cela est éprouvant et fatiguant.

### Un risque d'usure professionnelle :

Il n'y a pas encore d'usure dans la situation évoquée, car c'est un accompagnement récent. Le risque que cela retombe, avec un perpétuel recommencement des actions, entamerait la créativité des accompagnateurs. Des ressources pourront être trouvées, au travers du changement des professionnels, quand la situation se présentera.

### Un sentiment de pression lié à la « commande » sociale et des financeurs et orienteurs :

La pression est renvoyée aux professionnels au travers de la qualité de l'accompagnement, de l'atteinte des objectifs. Nos financeurs peuvent-ils accepter que nous soyons simplement là, parfois, en veille, prêts à intervenir en cas de danger ?

### Un questionnement sur la fin des accompagnements :

La personne suivie doit restée investie, elle doit pouvoir choisir.

Mais n'y-a-il pas une forme d'illusion qu'elle pourrait mettre fin elle-même à l'accompagnement ?

Questionnement quant à l'accueil des anciens usagers : quelle attitude avoir face aux rappels téléphoniques, aux visites, aux demandes diverses. Chacun exprime que la porte du service reste toujours ouverte même lorsque l'accompagnement est terminé.

Un service de suite pourrait permettre de garder un lien distendu et une souplesse qui permettrait d'interrompre plus doucement l'accompagnement.

### Un positionnement souvent difficile sur le plan de la sécurité des personnes accompagnées et de nos responsabilités :

Nous nous interrogeons lorsqu'une situation de déprise met la personne en danger (arrêt des traitements, errance sur l'autoroute...). La responsabilité des professionnels est engagée lorsqu'il faut effectuer un signalement, une hospitalisation à la demande d'un tiers car le danger n'est pas toujours mortel pour la personne accompagnée mais le risque peut être réel pour autrui.

Il nous paraît important de faire un signalement lorsqu'une situation n'est pas acceptable, nous sommes parfois les seuls à pouvoir le faire. Nous pensons également que les usagers attendent une forme de protection de notre part.

## Axes de travail :

### En amont des accompagnements :

- Le travail en inter structures partenariales lors du passage de relai apparait à tous comme essentiel. Comment le favoriser ?
- Comment « penser » l'accompagnement en SAMSAH autrement que dans une position restrictive et active autour de l'autonomie ? Un service peut-il avoir parfois simplement une position de veille sécurisée, de maintien ? Peut-il se contenter parfois de proposer simplement une « attention flottante » respectant professionnels et personnes accompagnées ?
- Comment penser individuellement notre intervention en termes de savoir-être prioritairement au savoir-faire ?

### Pendant les accompagnements :

- Comment alerter en cas de situation complexe, qui alerter et comment ?
- Comment prévoir de l'extérieur du service une prise en compte des dangers signalés ? (relai hospitalier, loi...)
- Comment prendre en compte la temporalité de l'accompagnement comme un processus, parfois alternatif avec des temps actifs et d'autres de latence liés aux pathologies, aux handicaps ?
- Comment prévoir des dispositifs de relais en proximité ?

### En fin d'accompagnement et en aval de ceux-ci :

- Comment envisager la « suite » ?
- Comment passer le relai à un autre service sans perdre le lien ?
- Peut-on prévoir des services de suite et des dispositifs assez souples pour permettre les allers-retours entre chacun ?

## Retour groupe 3

---

Ce groupe de travail a eu la particularité de travailler sur plusieurs situations.

### **Première vignette clinique et réflexion sur la situation :**

Le groupe s'est tout d'abord questionné sur un premier cas clinique.

- constat fait que même pour des activités à priori agréables pour Monsieur, tout doit être mis en place par l'infrastructure SAMSAH, sinon les choses ne se font pas. Impression d'usure, de lassitude chez ce Monsieur, qui n'empêche pas l'élaboration mais qui en empêcherait la mise en œuvre ?
- la notion d'avancée, de progrès sur la durée de l'accompagnement n'a semble-t-il pas le même sens pour les professionnels que pour cet usager: l'équipe de professionnels reconnaît que la situation avance mais est frustrée par la vitesse d'évolution. Certains membres du groupe font l'hypothèse que cette équipe veut aller vite, alors même que certains exemples (notamment le déplacement pour se rendre à une activité) montrent que cet usager fait des efforts qui doivent lui coûter. Les professionnels peuvent ressentir un sentiment de frustration quand on ne constate pas de progrès significatifs. De plus, la temporalité est différente pour les professionnels et pour l'usager.
- Est fait le constat de son intérêt pour la relation: il s'anime quand il est en présence d'un professionnel.
- Les professionnels souhaiteraient une normalisation de son rythme de vie. Cet usager est dans une phase primaire, très archaïque, qui évoque un état de régression. Il faut du temps pour que les choses prennent du sens pour lui. Il semble qu'il vive une période où il aurait besoin de maternage, et de re-narcissisation. Est fait l'hypothèse qu'on ne s'est peut-être jamais occupé de lui comme ça avant. Sa situation évoque le syndrome d'auto-exclusion.
- Quant à la relation avec son fils, il doit être un homme (en tant que sujet) avant de pouvoir être père. L'accompagnement de cet usager pourrait être comparé à celui d'un petit enfant.
- Pour ce qui est du constat fait par l'équipe (monsieur est conscient de ses troubles, de ses besoins mais ne met rien en place), les mots ne sont sans doute pas en lien avec son vécu. C'est être dans le leurre que de croire à des objectifs trop intellectualisés.
- Certains remarquent que dans le récit qui est fait de sa vie, tout commence à sa défenestration. Le mouvement que pourrait avoir les professionnels du service à clore l'accompagnement serait plutôt un objectif du service et non de l'usager. Se donne-t-on les moyens de savoir qui il était avant ; même s'il est difficile de reconstituer une histoire de vie.

La question centrale autour de cet accompagnement n'est-elle pas la suivante:

« Comment accompagner un alcoolique, toxicomane, qui de par ses dépendance toxicologiques est déjà dans un syndrome d'auto-exclusion? »



## **Réflexions du groupe autour de la seconde situation :**

- Le déni de sa pathologie ne serait-il pas de l'anosognosie? Des troubles de la mémoire, de l'organisation, de la planification, des habiletés sociales peuvent l'empêcher de mettre en œuvre des actions. Les tests neuro-psychologiques ne suffisent pas toujours à mettre en évidence les troubles cognitifs, Il arrive que les personnes aient des difficultés dans les activités de la vie quotidienne et un retentissement important de leurs troubles cognitifs au quotidien alors que les résultats au bilan neuropsychologique étaient globalement « normaux », d'où l'importance de favoriser l'observation clinique dans les activités de la vie quotidienne,
- Le passage du SAVS vers le SAMSAH pour M: il semblait faire plus de choses quand il était accompagné par le SAVS. Pour M, ce changement a eu lieu au moment du décès de sa mère, ça fait beaucoup de deuils en même temps. Nous nous sommes posé la question plus globale des fins d'accompagnement, parfois vécus par les usagers comme des abandons.
- Questionnement global autour de la différenciation entre ce qui relève du cognitif et ce qui relève du psychologique:  
Faire la part entre ce qui relève du « psychologique » et ce qui relève du « cognitif » n'apporte pas forcément d'éléments pertinents pour l'accompagnement des personnes mais plutôt des « clés » de compréhension pour les professionnels.  
Richesse d'avoir des regards croisés pour un service et importance d'accompagner la personne sur le plan cognitif et sur le plan psychique dans un suivi complémentaire.  
Besoin d'avoir un avis neuropsychologique dans certaines situations

Il ressort de ce questionnement qu'il est nécessaire de connaître, d'identifier les troubles, les difficultés de la personne, mais qu'il faut considérer la personne dans sa globalité

## **Axes de travail :**

- Réflexion autour de la demande des usagers:  
Peut-on leur demander à quoi leur sert notre service d'accompagnement?  
Difficulté pour eux de pouvoir répondre; bien souvent, ça ne se passe pas à un niveau conscient  
Les usagers sont adressés à un service d'accompagnement par le système social de notre société, mais c'est quand on leur propose d'arrêter, qu'on mesure à quoi on leur sert (« vous êtes ma seule famille »)  
Quand les usagers ont plein de demandes, ce sont plutôt des personnes qui vont bien  
Parallèle fait avec le projet de vie tel qu'il est notifié par la MDPH: : qui pourrait dans cette salle définir et en quelles lignes son projet de vie ???  
Quel sens prend pour un futur usager la présentation que nous pouvons faire de notre service à l'entrée dans celui-ci?  
Question de la temporalité pour pouvoir laisser émerger des demandes.

Globalement, ces cas clinique évoquent que lorsque les usagers sentent que l'on s'occupe d'eux, ils peuvent aller plus mal, N'est-on pas parfois, en tant que professionnels, plutôt dans le faire, et ne pas laisser « être » la personne.

## Retour groupe 4

---

### **Vignette clinique :**

Monsieur attribue à autrui ses problèmes.

A des projets, mais semble œuvrer pour qu'ils n'aboutissent pas.

A des problèmes avec les aidants femmes qui rendent complexe leur travail.

S'anime avec les différents procès en cours, par courriers car n'a plus d'argent pour payer un avocat  
Monsieur est actif dans ses démarches auprès du procureur, pour être déclaré victime.

Monsieur semble « glisser ».

### **Réflexions :**

#### Problèmes de l'équipe :

- Peu de contrôle sur ses dépenses compulsives, endetté alors que Monsieur a des revenus => attente de mise sous curatelle.
- Déménagement vers un logement adapté mais dossier pas encore validé en raison des problèmes de dettes de Monsieur.
- Mise en échec régulière des ergothérapeutes pour l'aménagement des véhicules de Monsieur.

#### Propositions d'aide :

- Monsieur est en grave dépression

Sa souffrance est énorme et non reconnue

Vit très mal son statut social actuel => travail avec un psy pour le renoncement de sa vie antérieure pour qu'il soit dans la vie actuelle

Lui dire qu'il est en dépression mais le valoriser

Monsieur a subi beaucoup de pertes, tant affectives que sociales

Nombreux deuils non faits => il lui faut un suivi psychologique en urgence ! (par un homme ?)

- RV avec un psychiatre pour un traitement plus adapté

## Retour groupe 5

---

Lors de cette rencontre, les professionnels du SAMSAH concernés par la vignette clinique ont abordé des constats cliniques généraux et des pistes de réflexion en lien avec l'incurie et la déprise. Ils se sont appuyés sur des situations concrètes vécues quotidiennement par les intervenants. Cette vignette clinique n'est pas présente dans ce document.

Aucun jugement n'a été porté, l'ensemble du groupe a été animé par un désir de compréhension de la personne souffrant d'incurie, et d'optimisation de notre pratique professionnelle.

### Éléments de définition

L'incurie fait référence à un état de malpropreté qui peut mettre la personne en danger. Cela peut concerner l'environnement de vie de la personne mais également son hygiène personnelle. Généralement, cet état nécessite la mise en place d'actes ménagers ou de soins d'hygiène indispensables.

Ce que l'on retiendra de cette définition, c'est l'intensité du trouble et le risque qui y est associé pour la santé de la personne.

Dans le dictionnaire, la définition fait référence à un laisser-aller (voir une nonchalance) dont la personne serait responsable.

Généralement, l'incurie qui touche à l'environnement de la personne n'est pas liée au type de logement en soi (le logement est correct).

### Un questionnement permanent...

L'incurie et la déprise sont des sujets de discussions récurrents et qui prennent une place importante lors des temps de réunion et de supervision. Les questionnements sont nombreux et une résolution complète du problème n'est généralement pas possible.

### Constats généraux concernant la prise en charge

Comparativement à d'autres types de symptômes, l'incurie est un problème difficile à traiter en raison de sa *chronicité*.

Chez les personnes souffrant d'incurie, la *conscience* de leur trouble est souvent absente ou minime. Les interventions sont donc difficiles à mettre en place.

Il est essentiel de bâtir une *relation* de confiance avec la personne pour pouvoir entamer un travail avec elle. Cela constitue le premier objectif et prend généralement un certain temps. Si l'incurie concerne l'environnement, l'acte ménager est instauré assez rapidement par le SAMSAH. Souvent, ce type d'intervention sert de médiation, de support pour instaurer un contact, une relation. C'est aussi parfois la seule activité tolérée par la personne car elle n'a pas directement trait au soin corporel ou à l'aspect thérapeutique.

Tenter de donner *sens* au trouble est nécessaire pour avoir une meilleure compréhension du fonctionnement de la personne et améliorer nos prises en charge.

Il faut tenir compte des *ressentis* de la personne et agir de façon très progressive, respectueuse et bienveillante. En effet, nos interventions peuvent être très violentes pour la personne. Prodiguer des soins corporels peut être perçu comme un « arrachage de peau », une intrusion et générer de fortes angoisses. Le sentiment d'intrusion et de persécution peut également concerner les actes ménagers intéressant l'environnement de la personne.

Agir de façon progressive et douce n'est pas toujours évident en raison des attentes de la société (organisme payeur par exemple). Il existe un contraste entre les exigences de la société et ce qu'il est possible de mettre en place.

Dans certains cas, l'état d'incurie est tellement intense qu'il peut mettre la personne en danger. Ce n'est parfois que dans ces situations d'*urgence* que la personne autorise les interventions. Ces situations extrêmes peuvent permettre de débloquer la situation, d'ouvrir une porte et d'avancer dans la prise en charge thérapeutique.

### **Réflexions sur les objectifs de nos interventions**

Souvent, les besoins et les demandes de la personne sont difficiles à évaluer. Les objectifs de la prise en charge sont donc difficiles à définir. Il est important de respecter la défense du patient et de ne pas « forcer » le symptôme. Les objectifs fixés avec la personne concernée ne doivent pas être trop exigeants pour éviter de mettre la personne en échec. L'équipe intervenante doit se satisfaire de petites évolutions. De plus, certains objectifs qui semblent minimes au départ sont parfois l'occasion de créer du lien, d'avoir un point d'accroche.

Une analyse des *ressources* de la personne est essentielle dans la définition des objectifs. S'appuyer sur les forces et les capacités de la personne dans nos interventions sera plus efficace et valorisant pour l'utilisateur. Cela demande un certain temps d'évaluation et d'observation au départ. Il est important de prendre ce temps pour proposer une prise en charge adaptée et individualisée.

### **Emotions générées chez les intervenants**

Les limitations dans nos actions et l'absence d'évolution notable peuvent être très mal vécues par les intervenants. Cela peut être décourageant et entraîner un état d'*impuissance* et de remise en question de notre pratique.

Il est souvent difficile de parler d'hygiène à la personne sans avoir la sensation de la blesser, la maltraiter ou de renforcer sa mésestime. Un sentiment de *culpabilité* peut être associé à ce genre de situation.

Les interventions routinières, répétitives peuvent entraîner une certaine *lassitude* chez les professionnels.

Lorsque le temps de ménage est trop important et que la situation relationnelle n'évolue pas, cela peut mener à une remise en question de l'identité professionnelle.

Il est parfois difficile d'estimer le niveau de satisfaction des usagers concernant nos interventions. L'utilisateur ne semble pas reconnaissant et notre travail n'est alors pas valorisé, reconnu.

Il faut tenir compte du décalage qui existe entre le vécu et les souhaits du patient et ceux de l'intervenant.

Il faut résister à la chronicité en partageant nos ressentis avec le reste de l'équipe. Lorsqu'on est confrontés à des situations difficiles, on peut envisager de passer le relais, modifier l'organisation de la prise en charge, etc. L'accompagnement, l'écoute des professionnels a aussi toute son importance.

En tant qu'intervenant, nous sommes confrontés à nos propres limites, notre *seuil de tolérance*. Ces seuils de tolérance sont variables d'un intervenant à l'autre. Cela peut parfois constituer un sujet de tension au sein d'une équipe.

S'ajoute à nos propres seuils de tolérance, le seuil de tolérance de la société. Qu'est-ce que peut supporter la société ? Une situation d'incurie a des répercussions sur la personne concernée mais également sur son entourage (voisinage, etc.). Même si l'équipe tolère certaines choses, c'est parfois des éléments extérieurs qui viennent nous rappeler à l'ordre. Ce type de situation peut mettre à mal notre estime personnelle et professionnelle (sommes-nous allés trop loin dans l'acceptation ?). Parfois, les plaintes extérieures, tout comme les situations d'urgence médicale, peuvent venir débloquer une situation stagnante.

### **Vignette clinique :**

- Homme de 51 ans, vivant dans une petite station de ski de la région, éloignée de la ville.
- Célibataire vivant seul, coupé de la famille.
- Problèmes cognitifs importants, problèmes massifs de repérage spatio-temporels (confusion entre jour et nuit, oubli quasi-immédiat d'une visite venant de se dérouler...)
- Alimentation déséquilibrée. Obésité.
- Importants manques d'hygiène corporelle.
- Comportements agressifs possibles (violence verbale, parfois physique).
- Dans le passé : employé des services municipaux (espaces verts). Licencié.
- 2010 : démarrage de l'accompagnement par le SAMSAH. Demande : reprendre le travail (Monsieur s'en croit capable, malgré « l'évidence » : manque de conscience des difficultés existantes). Tentatives d'orientation en foyer ou en ESAT mises en échec (par un comportement agressif, par les difficultés cognitives, par le refus.) Les tentatives de mise en place de suivis (psychologique, CMP...) n'ont pas abouti. Idem pour les tentatives de mises en place d'ateliers collectifs.
- Aujourd'hui : Monsieur vit « reclus » chez lui, dans le canapé, face à la télé qu'il ne regarde pas forcément. L'accompagnement :
  - Constate une dégradation au fil du temps de la situation, avec notion de déprise (perte de repères, repli de plus en plus important sur soi, renforcement des problèmes d'hygiène et d'alimentation, installation progressive de la déprise) ;
  - Constate l'extrême difficulté voire l'impossibilité de mettre en place des actions / orientations ;
  - Consiste essentiellement en une « surveillance » de l'état de santé de Monsieur.

### **Réflexions :**

#### **Premier questionnement en groupe : quel projet possible pour une personne en déprise et/ou incurie ?**

- Le projet de Monsieur (travailler, changer de logement...) est « irréaliste » car il n'y a pas conscience des difficultés rencontrées. Différents projets d'orientation ont été mis en échec. Quel projet construire ?
  - importance de fixer des objectifs modestes ;
  - viser des objectifs de « plaisir » ponctuels (lors d'une sortie, lors de courses, lors d'une activité...)
  - garder comme objectif parallèle le partenariat et la coordination permettant aux autres services (aide-ménagère par exemple) de continuer d'intervenir.
- Questionnement : jusqu'où respecter la volonté de la personne (dans les situations où nous avons conscience que cette volonté conduit à une dégradation importante de sa situation voire représente un « danger » pour son avenir).

## Axes de travail :

### Second questionnement en groupe : comment travailler avec des personnes en situation de déprise ?

- Risques d'usure / d'épuisement : besoin d'accepter le surplace, voire la régression... Pour les intervenants : besoin d'équipe, besoin de soutien de la part du service, besoin de partenariat. Besoin de l'autre et de pouvoir compter sur l'autre.
- Questionnement autour de la continuité de l'accompagnement : est-il préférable de changer d'accompagnants régulièrement afin de lutter contre l'usure ou de garder des accompagnants stables afin de maintenir des repères stables pour la personne accompagnée ? Certains services prévoient de s'interroger sur le changement / le maintien d'accompagnants à intervalles réguliers.
- Questionnement : un service peut-il « prendre la liberté » d'arrêter l'accompagnement ? Ou effectue-t-on un accompagnement « à vie » ? La réponse à cette question tient :
  - Au type de handicap : mental (accompagnement très long assez aisément envisagé) ou psychique (accompagnement envisagé plutôt avec une limite dans le temps à l'esprit ;
  - A la lucidité de la personne, à sa capacité d'avoir conscience des risques qu'elle encourt : moins la personne est lucide, plus nous aurons tendance à continuer pour l'accompagner / la protéger.

## Conclusion et perspectives

---

La réflexion autour de l'accompagnement de ces situations de déprise s'est montrée riche et productive. Il n'est pas aisé de la synthétiser.

Le questionnement semble s'articuler autour de trois niveaux :

Le premier niveau repéré est celui de **la demande (ou non demande le plus souvent) des personnes accompagnées, et de ce fait la question de la relation interpersonnelle et du positionnement professionnel accompagnant/accompagné.**

Les personnes sont souvent conduites à nos services via des services médico-sociaux, par l'entourage au sens large. Souvent pour des problèmes évoqués par ces derniers, qui ne font pas nécessairement problème aux personnes elles-mêmes. Cela amène les accompagnateurs à devoir s'ajuster à une situation complexe. Celle la-même fait écho à leurs propres valeurs, leur éthique, leurs représentations. La limitation d'intervention faite par l'utilisateur renvoie l'accompagnateur à des sentiments d'impuissance, de culpabilité, de lassitude et parfois de rejet.

*Comment accompagner des situations de vie qui nous paraissent « indignes », insécures, insalubres quant on est venu à ces métiers pour des raisons liées à des engagements et croyances humanitaires, sociaux et/ ou médicaux ?*

*Comment accompagner sans faire intrusion dans une vie privée, sans confronter l'autre à nos propres représentations (hygiène, sécurité, risque...) ?*

*Comment accompagner à au moins survivre, quelqu'un qui ne demande rien ?*

*Comment concevoir son intervention dans une démarche d'être avec plutôt que dans l'action ?*

On observe que des éléments de réponse sont trouvés au moins via les diverses formations, réunions d'équipe, réunions cliniques...prévues dans les institutions.

Quand le questionnement fait écho plus personnellement, ce qui est immanquable dans ces situations, on ne peut qu'encourager la possibilité de groupes d'analyse de pratiques pour permettre à chacun de retrouver son chemin.

Cela nous amène au second niveau du questionnement qui est **l'axe institutionnel, celui de la mission commandée et partagée.**

Les accompagnements de ce type sont en effet des accompagnements en limite de cadre institutionnel, parfois même hors cadre professionnel. Si le travail d'équipe permet de préciser et

ajuster le positionnement professionnel, c'est le cadre institutionnel qui donne le sens à l'accompagnement en le délimitant.

La libre adhésion des personnes est un critère intrinsèque et une limite de nos services : on ne peut agir que là où ils nous acceptent. Pourtant :

*Jusqu'où s'autorise-t-à aller au-delà des règles établies ?*

*Comment aménage-t-on le cadre dans des situations extrêmes ?*

*Comment se situer en terme de responsabilité institutionnelle et professionnelle face à des personnes reconnues en pleine capacité mais pourtant ponctuellement incapable de mesurer les risques encourus ?*

L'exception est pensée institutionnellement, ce qui remet du cadre y compris dans les interventions hors-cadres. Le cadre institutionnel doit permettre de passer de la notion de culpabilité à celle de responsabilité, sans évacuer les espaces où la première doit se travailler. Il se doit d'être clair et souple suffisamment pour permettre les compromis et négociations nécessaires à la poursuite ou non des accompagnements.

Le troisième et dernier niveau repéré est plus large. Il couvre **le champ partenarial et la commande sociale**.

Les questions de responsabilités évoquées plus haut se confrontent aux représentations de l'environnement, à ses attentes formulées ou non également.

Elle se pose au regard des lois (non assistance à personnes en danger par exemple) et au travers de la responsabilité institutionnelle mais également citoyenne et humaine.

Les professionnels confrontés à leurs propres questionnements internes peuvent se sentir pressurisés par des attentes fortes de l'environnement qui ne comprend pas des positionnements de veille attentiste alors qu'il espère des résultats.

*Comment travailler en amont à mieux se faire connaître et à mieux comprendre les attentes des orienteurs officiels ou non ?*

*Comment travailler en amont et aval, à des solutions de relais durables ou ponctuels qui favoriseraient un sentiment de confiance et de sécurité ?*

Ce travail est certes démarré depuis quelques années mais reste à maintenir et développer, tant dans un axe de coopération que dans la recherche commune de réponses alternatives.



Cette réflexion productive gagnerait, plutôt qu'à se conclure, à s'ouvrir sur deux points qui sont revenus à plusieurs reprises à la faveur des groupes et des débats collectifs :

- la notion de **temporalité** souvent si différente de l'utilisateur à nous professionnels. Il faut du temps pour comprendre et se comprendre, parfois aussi pour laisser émerger une envie, un rêve, une demande
- la logique « **d'être avec** » parfois plutôt que celle de faire, qui nous amène à nous interroger si la fonction parfois des SAMSAH, ne pourrait pas être simplement d'une veille attentive.