

# PAROLES D'USAGERS, PAROLES DE PROFESSIONNELS : POLITIQUES DE SOINS EN PRATIQUES



Plate-Forme de Concertation pour la Santé  
Mentale en Région de Bruxelles-Capitale a.s.b.l.

Vsw Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad

Rapport de  
recherche : des  
focus-groupes au  
cœur de l'expérience  
aux savoirs qui font  
soins par Sophie  
Tortolano

## Table des matières

1	Remerciements .....	2
2	Introduction.....	3
3	Méthodologie.....	5
3.1	Focus-Groupes.....	6
3.1.1	Un bref descriptif .....	6
3.1.2	Composition et déroulement des focus-groupes.....	7
3.2	Entretiens collectifs avec retour.....	8
3.2.1	Un bref descriptif .....	8
3.2.2	Composition et déroulement des entretiens collectifs.....	9
3.3	Analyses .....	10
4	Des paroles qui font savoirs.....	11
4.1	Du côté des Usagers .....	11
4.2	Parcours en récit.....	11
4.3	Du côté des Professionnels .....	18
5	Recommandations.....	21
6	Conclusions.....	22

## 1 Remerciements

Nous remercions, chaleureusement, toutes les personnes ayant participé à la recherche.

Sans leurs *paroles précieuses*<sup>1</sup>, nous n'aurions pu mener à bien ce processus, pas plus qu'écrire et transmettre les savoirs développés dans ce rapport.

Nous sincères remerciements vont également :

A toutes les institutions qui nous ont accueillis et permis de réaliser des focus-groupes : le CATS, le Centre Hospitalier Jean-Titeca, le Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, le Centre médical Enaden, les Narcotiques Anonymes, le service psychiatrique des Cliniques de l'Europe-Saint-Michel, Transit.

Aux institutions qui nous ont apporté leur soutien et consacré du temps ; et qui pour des raisons organisationnelles n'ont pu accueillir des focus-groupe : Babel, la Pièce, le Projet Lama, le service psychiatrique de la Clinique Saint-Jean, l'Unité d'hébergement court du centre médical Enaden.

A toutes les institutions qui ont permis à leurs employés de participer aux entretiens collectifs avec retour : Babel, le CATS, le centre Médical Enaden, le CHJ Titeca, le CHU Brugmann, la Clinique Sanatia, Dune, le Foyer George Motte, Infor-Drogues, la Pièce, le Projet Lama.

Aux membres du Groupe de Travail « Santé Mentale et Assuétudes » pour leur accompagnement, à nos collègues et aux administrateurs de la PFCSM-OPGG pour leur soutien, ainsi qu'à Pablo Nicaise de l'Institut de Recherche Santé et Société ( IRSS – UCL) pour ses conseils méthodologiques.

Au groupe de recherche clinique (UCL) « Métiers de la clinique, clinique des métiers » dirigé par les Pr. Jean-Luc Brackelaire, Anne-Christine Frankard et Thomas Périlleux.

---

<sup>1</sup> Concept développé par Jean-Claude Métraux dans son ouvrage « La migration comme métaphore ». Les paroles précieuses sont, pour lui, une offre. Il s'agit d'être capable de se livrer aux moments opportuns, là où notre expérience pourrait faire écho avec celle de l'interlocuteur, dans le but d'instaurer, voire restaurer, un lien de réciprocité authentique, comme un remède aux maladies du lien.

## 2 Introduction

La recherche « Paroles d'Usagers, Paroles de Professionnels : politiques de soins en pratiques » a été réalisée à l'initiative du Groupe de Travail « Santé Mentale et Assuétudes » de la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale<sup>2</sup>, qui en a accompagné le processus et soutenu le déploiement.

Ce processus de recherche, débuté en septembre 2015, poursuivait plusieurs objectifs : éclairer les politiques de soins en matière d'assuétudes en Région de Bruxelles-Capitale, favoriser la mutualisation des connaissances des professionnels, soutenir la reconnaissance des usagers, mettre en lumière les pratiques opérantes et enfin produire des recommandations à destination des instances politiques concernées, ainsi que des professionnels.

A cette fin, une méthodologie qualitative inspirée des techniques d'investigation de l'anthropologie et de la sociologie cliniques a été élaborée. Elle repose principalement sur le croisement de savoirs expérimentiels d'usagers et de professionnels dont le parcours est particulièrement relevant pour les questions traitées.

---

<sup>2</sup> Le fonctionnement de ce groupe de travail est défini comme suit: Participation d'acteurs de terrain issus de services allant de la première ligne à la posture, des coordinateurs de réseaux, des représentants de Fédérations, etc., Ces acteurs travaillent dans le secteur spécialisé en matière d'assuétudes, dans le secteur de la santé mentale ou dans tout autre secteur concerné par les assuétudes. Une attention particulière est faite à la place des usagers et de leurs proches et au maintien d'un esprit de collaboration transsectorielle dans le respect des cadres et des missions de chacun. Ses objectifs sont : Améliorer les connaissances des spécificités et des cadres de travail de chacun des services au sein des différents secteurs concernés par les problématiques liées aux assuétudes, et plus particulièrement entre le secteur spécialisé et la santé mentale ; ainsi qu'améliorer la connaissance des projets spécifiques et de leur fonctionnement concret. Améliorer les connaissances des dispositifs porteurs et fonctionnels ainsi qu'améliorer la visibilité de l'existant. Produire des recommandations et propositions, à destination des Autorités compétentes, afin de soutenir une politique de santé la plus respectueuse possible de la richesse et de la diversité des secteurs concernés par ces questions, à la faveur de la qualité et de l'accès aux soins pour les patients de la Région de Bruxelles-Capitale. Pour atteindre ses objectifs : Réunion mensuelle selon les principes de la concertation autour de thématiques choisies par les membres du groupe, Invitations d'acteurs pouvant éclairer les questions travaillées, Invitation d'acteurs pouvant présenter leur dispositif, Invitation d'acteurs de champs de compétences connexes, Initiative et accompagnement de recherches qualitatives qu'elles soient exploratoire ou thématique, Transmission d'informations, Mutualisation des savoirs, Organisation de journées d'études, Diffusion d'écrits réalisé à partir des élaborations du GT, Etc. Ce groupe de travail est actuellement présidé par Kéren Sestré, psychologue au Centre Hospitalier Jean Titeca. Marc Devos y participe, en tant que vice-président de la PFCSM-OPGG.

Cette recherche exploratoire, résolument inscrite dans l'action, a été menée, principalement, par Sophie Tortolano<sup>3</sup>, avec la collaboration de Claire Derache<sup>4</sup> et l'aide de Noémie Bar<sup>5</sup>.

Le présent rapport décrit le processus de recherche et ses résultats, ainsi que les recommandations qui en découlent.

Nous y déplierons, sans abraser la singularité de chaque personne, les traits saillants et communs des parcours qui nous ont été transmis en mettant en exergue ce qui fait soin pour les usagers.

Nous expliciterons également les paradoxes et défis auxquels les professionnels sont confrontés, en soulignant leurs possibles dépassements, par notamment une meilleure fonction de liaison entre les services et les lignes d'intervention.

Enfin, nous détaillerons des recommandations pouvant concourir à la promotion des soins pour des personnes souffrant d'assuétudes, leurs proches, ainsi que pour les professionnels auxquels ils ont recours. Ces recommandations peuvent, complémentairement à d'autres, soutenir une politique de santé en matière d'assuétudes pour la Région de Bruxelles-Capitale.

Nos conclusions rappelleront, si besoin en est, que ce qui soigne transcende la distinction entre cure et care<sup>6</sup>, les soins faisant œuvre d'humanisation et devoir de civilisation. Nous nourrissons l'espoir que cet écrit puisse y contribuer, un peu.

---

<sup>3</sup> Psychologue, psychothérapeute, chercheuse clinicienne, coordinatrice Assuétudes de la PFCSM-OPGG.

<sup>4</sup> Sociologue, chercheuse, ancienne Coordinatrice Précarité et Personnes âgées, ainsi qu'ancienne collaboratrice Assuétudes de la PFCSM-OPGG.

<sup>5</sup> Psychologue, coordinatrice du Réseau ABC Netwerk de la PFCSM-OPGG.

<sup>6</sup> Qu'est-ce que le cure ? La tentative d'éradication de la maladie, guérir et pas seulement soigner, objectiver la maladie pour la traiter le plus indépendamment du sujet qui l'éprouve. Le care, lui, sous-entend autre chose : le sujet précisément, la relation avec le médecin, la confiance qu'on lui témoigne, une sorte de parachèvement du holding (qui commence avec le bébé dans le ventre de la mère), mais surtout un sentiment d'égalité malgré la dépendance, et même, une vision active de la dépendance au sens où il s'agit de pouvoir « s'appuyer sur » *extrait d'une chronique de la philosophe, psychanalyste et essayiste française, Cynthia Fleury pour L'Humanité, datant de mars 2015.*

### 3 Méthodologie

La méthodologie utilisée s'inscrit dans le courant de l'anthropologie et de la sociologie cliniques. Le terme clinique ne se limite pas aux savoirs des seuls psychologues et psychiatres. Il s'agit des savoirs de toute personne au plus près des usagers et des patients, à *leur chevet* pour reprendre l'une des acceptions étymologiques du terme clinique et qui va l'écouter et l'observer selon son art du soin. Ces personnes peuvent exercer le métier de psychologue, de psychiatre, d'assistant social, d'éducateur, d'infirmier, tout autant qu'être un pair, un proche, ou l'utilisateur lui-même. Nous avons traité les savoirs professionnels et les savoirs non professionnels sans hiérarchisation ou prévalence.

Nous avons opté pour une recherche dans l'action, au cœur des réalités vécues et des pratiques. C'est une enquête à caractère exploratoire laissant les savoirs recueillis apporter leurs connaissances au phénomène étudié « qu'est-ce qui fait soin dans le parcours des usagers ayant une problématique d'addiction ? ».

Ce type de dispositif a des effets de connaissance et de reconnaissance pour les sujets qui y participent et pour les pratiques opérantes existantes ou à créer. C'est l'intelligence collective par mutualisation qui est le moteur d'une telle démarche.

Nous avons utilisé deux techniques d'investigation dont nous avons, ensuite, croisé les résultats afin de dégager les lignes communes considérées comme éclairantes pour notre question.

Nous avons réalisé d'une part des focus-groupes avec des usagers ayant ou ayant eu un usage problématique de drogue(s) et/ou d'alcool et d'autre part des entretiens collectifs avec retour avec des professionnels issus de secteurs concernés par les assuétudes comme problématique principale ou associée.

Ce double dispositif croisé a produit des savoirs que nous décrirons dans la suite du présent rapport.

### 3.1 Focus-Groupes

#### 3.1.1 Un bref descriptif<sup>7</sup>

Le Focus Group est une méthode qualitative de recherche sociale qui favorise l'émergence de toutes les opinions. Cette méthode, qui est à la fois orale et groupale, ne poursuit donc pas la recherche du consensus. Elle permet par contre le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de résistances des groupes cibles. Elle répond aux « pourquoi ? » et aux « comment ? ».

Concrètement, la technique consiste à recruter un nombre représentatif de groupes, en fonction de l'objet de la décision à l'étude, composés de six à douze personnes volontaires, et à susciter une discussion ouverte répondant à une logique de créativité. Cette discussion se structure autour d'une grille d'entretien définissant les différents thèmes de l'étude. Une analyse/synthèse de la discussion permet de relever les principaux mots clés des participants ainsi que les points de convergence et de divergence entre les groupes.

Cette manière de procéder donne quatre résultats :

1. Elle permet le recueil des perceptions des populations concernées, sans idée préconçue ni hypothèse à vérifier (la méthode est inductive) ;
2. Elle explique les comportements sociaux concernant les problèmes, leurs causes et les correctifs à y apporter ;
3. Elle favorise l'implication du milieu en lui accordant la parole et le reconnaissant expert de son vécu personnel ;
4. Elle donne aux autorités concernées la possibilité d'élaborer des politiques et des projets correspondant aux attentes exprimées par les populations ou les groupes concernés.

La méthode du *Focus Group* prend ses assises dans la réalité et le milieu naturel. Son objectif n'est pas de prouver (hypothèse explicative), mais de questionner le « pourquoi ? » et le « comment ? » des phénomènes.

---

<sup>7</sup> Ce descriptif est repris du site « Spirale » <http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/methode-delphi/>

### 3.1.2 Composition et déroulement des focus-groupes

Nous avons rencontré 47 usagers à travers 11 focus-groupes différents. Pour les constituer, nous avons pris contact avec différentes institutions, ambulatoires, résidentielles ou non, hospitalières psychiatriques spécialisées ou non, ainsi qu'avec une association d'usagers. Chaque institution ayant accepté de participer nous a permis de présenter la recherche et sa méthodologie à leurs bénéficiaires. Nous leur avons assuré l'anonymisation des récits et la confidentialité totale des échanges, la séparation entre la recherche et l'institution, ainsi que la possibilité de sortir à tout moment du processus sans conséquence aucune.<sup>8</sup>

Les personnes ont participé sur base volontaire à une seule session de focus-groupe, ce pour des raisons pratiques liées à leur situation personnelle et à la temporalité des institutions. Cette session se passait au sein même du service dont elles étaient bénéficiaires.

Seuls les membres de l'association d'usagers ont participé à deux sessions dans les locaux de la PFCSM-OPGG.

L'expérience significative des usagers impliqués dans le processus, ainsi que la dynamique émulative du groupe ont favorisé l'émergence de savoirs pertinents pour éclairer la question générale, ainsi que des thématiques récurrentes à explorer au fil des rencontres.

Les focus-groupes se sont déroulés dans une ambiance respectueuse avec une qualité d'échange et d'écoute remarquable. Ils ont été enregistrés avec l'accord des participants et dans toute la mesure du possible retranscrits et restitués aux personnes impliquées.

---

<sup>8</sup> Les comités d'éthique des institutions ont avalisé la méthodologie et veillé au respect des règles relatives à la protection des personnes et de la vie privée.

## 3.2 Entretiens collectifs avec retour

### 3.2.1 Un bref descriptif<sup>9</sup>

La démarche proposée s'inscrit dans le cadre d'une sociologie clinique du travail.<sup>10</sup> Elle est tout à la fois :

- une invitation à tenir compte de la présence irrécusable et irréductible de la subjectivité au sein même des rapports sociaux, à prêter une forte attention à leurs dimensions individuelles, psychiques, affectives, existentielles. Ainsi appréhendé, le travail des professionnels de la proximité n'est pas seulement une activité contrainte, canalisée, enserrée dans un système de production de services. Il est aussi un agir orienté par des formes de rationalité, des normes, des affects et des valeurs. Un agir pratique mais aussi, parfois, éthique. Un agir dont le sens est donné, imposé mais aussi sans cesse réapproprié. Il est enfin une scène où celui qui l'exerce entre, par l'intermédiaire de choses matérielles, dans des rapports déterminés avec les autres, par lesquels il les affecte et est affecté par eux ; une scène où il se mesure à l'adversité, se confronte au réel et, plus encore peut-être, à lui-même ; une scène où il résiste à ce qui lui résiste.
- une pratique. C'est bien cette dernière qui la spécifie en tant que telle. Parmi ses traits les plus saillants, nous ne citerons ici que le principe de la co-construction des savoirs ; en fait, la coopération entre chercheurs et professionnels sur le terrain même de la production des connaissances. Les professionnels ont en effet été interpellés non pas en tant qu'informateurs, fournisseurs de données ou encore offreurs de vécu mais en tant que sujets sachant et à même d'en savoir toujours plus, en raison même de leur capacité à faire expérience et à transformer cette dernière en connaissance. Les chercheurs ne sont pas dans un tel cadre seulement des maïeuticiens qui, grâce à leur écoute active et à leur relances, les aident à accoucher d'une parole et d'un savoir sur leur activité et leurs positionnements. Ils proposent aussi des concepts au moment même où ils constituent pour eux une ressource compréhensive susceptible de les aider dans leur propre réflexion et analyse.

---

<sup>9</sup> Descriptif repris du rapport de recherche *Engagement de jeunes dans le trafic, quelle prévention ?* Rédigé par JAMOULLE P. et ROCHE P. à partir d'un travail collectif.

<sup>10</sup> DE GAULEJAC (de), V. ; HANIQUE, F. ; ROCHE P. 2007. *Sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*, érès ou encore ROCHE, P. 2010. « Sociologie clinique du travail et subjectivation », Yves CLOT et Dominique LHUILIER (sous la direction de), *Agir en clinique du travail*, érès.

- une visée. Celui qui se réclame de la clinique est d'accord pour dire que la sociologie ne vaudrait pas une heure de peine si elle n'était que pure spéculation<sup>11</sup> ou un savoir d'expert réservé à des experts.<sup>12</sup> Il ajoute seulement que les démarches concrètes par lesquelles elle existe doivent permettre aux professionnels de faire reculer les passions tristes ou, pour le dire encore plus positivement, de gagner en puissance d'agir individuelle et collective grâce à la nature des savoirs qu'elles mettent en jeu et à leur régime de production ; plus précisément, parce qu'elles leur donnent la possibilité de co-élaborer à partir de ce qui, habituellement, a du mal à se dire, voire est totalement tu.

La mise en œuvre d'une telle démarche requiert un dispositif technico-relationnel ad hoc. L'entretien collectif répété avec retour est son outil privilégié. La répétitivité des rencontres est importante parce qu'elle favorise la confiance entre participants et crée les conditions d'une parole toujours plus authentique. Mais la pièce maîtresse de ce dispositif est le retour. Les paroles sont enregistrées, transcrites entre deux séances de travail puis, peu à peu, avec ce dernier, thématiques, mises en perspectives, élaborées, réélaborées, conceptualisées ; en un mot, transformées en savoirs. Retour donc aux professionnels pour étayer leur capacité réflexive et d'action ; en fait, pour qu'ils puissent eux-mêmes faire retour sur leurs énoncés et aller toujours plus loin dans leur propre élaboration, donner une dimension toujours plus éthique et critique à leur pratique.

Enfin, précisément parce que toute parole peut être considérée comme une prise de risque, comme un acte qui engage celui qui le pose, deux règles - celle du volontariat et celle de ne pas sortir du groupe ce qui s'y dit sans l'accord de tous - s'imposent dans une telle démarche. C'est aussi leur respect qui a conditionné sa fécondité.

### 3.2.2 Composition et déroulement des entretiens collectifs

Les 12 professionnels participant aux différentes rencontres avaient des formations différentes : infirmier, assistant social, éducateur, psychologue ou psychiatre. Leurs pratiques suffisamment longues et diversifiées offraient la possibilité de produire des savoirs complexes et pertinents. Chacun d'entre eux exerçait dans une ou deux institutions traitant d'assuétudes. Ces institutions

---

<sup>11</sup> DURKHEIM, E. (1895)-2007. *De la division du travail social*, Paris, PUF.

<sup>12</sup> BOURDIEU, P. 1980. *Questions de sociologie*, Paris, Minuit.

spécialisées en matière d'assuétudes ou généralistes avec des services ou des spécificités en matière d'assuétudes intervenaient en 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> ou troisième ligne.

Six rencontres de 3 heures ont eu lieu avec un noyau constant de 8 personnes. Une personne a participé aux deux premières rencontres sans poursuivre son engagement en raison d'un changement d'emploi. Trois personnes ont rejoint le processus lors des trois dernières rencontres et après avoir pris connaissance de l'ensemble des retranscriptions des premières sessions. Elles ont pu, grâce à leur expertise, éclairer les thématiques traitées en fin de processus.

Après avoir investigué le parcours et les constats des différents professionnels présents, nous avons, grâce à un travail d'analyse de chaque session enregistrée, dégagé plusieurs thématiques remises au travail au sein du groupe : fonction du produit, parcours de soin vs parcours de vie, place des familles d'usagers, logement vs capacité d'habiter un espace, réseaux naturels et professionnels, accessibilité au soin, saturation des services, entrée/sorties d'institutions, passages et circulation entre institutions, continuité des soins, contexte socio-économique, souffrance au travail.

L'ensemble du processus s'est déroulé dans une ambiance constructive favorisant une meilleure représentation du travail de l'autre, ainsi qu'une mutualisation des connaissances saluées par tous comme utiles et bénéfiques.

### 3.3 Analyses

Le matériel récolté a été analysé et thématisé. Chaque rencontre a été analysée intrinsèquement afin d'en élaborer les thématiques saillantes. Les analyses intrinsèques ont été croisées entre elles. Nous avons réalisé une analyse croisée des focus-groupes réalisés avec des usagers et une analyse croisée des entretiens collectifs avec retour réalisés avec des professionnels. Nous avons également croisé en une analyse inter- groupes ces deux analyses croisées intra-groupes.

Ces analyses ont permis d'élaborer des thématiques saillantes éclairant notre question générale. Chaque thématique est déployée à travers les savoirs construits au fil de la recherche. A partir de ces savoirs, nous avons élaboré une méta-analyse, source des recommandations que nous formulons dans ce rapport.

## 4 Des paroles qui font savoirs

### 4.1 Du côté des Usagers

Nous avons choisi de présenter cette partie comme un récit racontant tout à la fois des parcours de vie et de soin. Ce récit est construit sur les éléments communs aux narrations qui ont traversé les différents focus-groupes. Il pointe les ressources, les obstacles, les manques, les possibilités émaillant le parcours de soin des usagers. Nous lui avons donné corps en reprenant certaines citations d'usagers. Elles parlent, pour la plupart, d'elles-mêmes. Ce sont des paroles précieuses, suffisamment rares pour leur laisser un espace conséquent dans cet écrit. Outre la densité de leur teneur qui humanise des personnes qu'il serait dommageable de réduire à des symptômes, fussent-ils dérangeants, sans comprendre le sens et la fonction de ceux-ci ; ces paroles font œuvre de connaissances suffisantes pour soutenir des politiques de soin cherchant réellement à mettre les usagers au cœur de celles-ci.

Chaque personne a son histoire dont il ne s'agit pas d'effacer la singularité. Cependant, un récit commun collectivement raconté peut ici se déployer en répondant aux objectifs de notre démarche de recherche.

### 4.2 Parcours en récit

Les usagers rencontrent souvent le produit dès l'adolescence, cette rencontre peut s'avérer d'emblée problématique ou le devenir progressivement.

L'addiction installée, leurs points d'entrée dans le réseau de soin sont variables, formalisés ou informels. Ils entrent en contact avec des professionnels grâce à des services d'accompagnement en rue, des médecins généralistes, des psychiatres généralistes ou spécialisés, ainsi que grâce à leur réseau amical et/ou familial, au bouche à oreille, à des campagnes d'informations, etc.

Ils décrivent un parcours semé d'épreuves majeures qui ont laissé une empreinte traumatique. Ils le nomment avec beaucoup de pudeur :

*« On a eu une vie difficile », « J'ai vécu des choses très dures », « Si vous saviez ce qu'il m'est arrivé », « J'aime pas parler de tout ça, ça fait encore mal », « Je suis allée en prison mais c'est mon père qui aurait dû y aller », etc.*

Le produit vient alors aider, il revêt une fonction, de multiples façons. Il aide à *supporter*, à *soigner*, à *fuir*, à *sentir des sensations positives*, à *s'extérioriser*, à *se socialiser*, à *prendre du plaisir*, à *voyager hors de soi*, etc.

Mais très vite, il devient le maître, il prend le dessus. Il aide autant qu'il détruit selon une logique paradoxale qui semble sous tendre le fonctionnement interne et externe des Usagers rencontrés.

Cette logique paradoxale trouve, selon nous, sa source au fondement même du lien, des premiers liens. En s'appuyant sur la théorisation de Philippe Jeammet, nous pourrions la résumer comme suit : *plus on est en insécurité interne, plus on a besoin d'autrui pour se rassurer et moins on peut recevoir.*<sup>13</sup>

Les personnes rencontrées donnent à entendre un vécu traversé par de mauvaises dépendances à autrui. Les bonnes dépendances, celles à un environnement suffisamment bon, sont créatrices d'assises narcissiques relativement bonnes, porteuses d'un sentiment d'estime de soi et de continuité d'être mais aussi de confiance en l'autre. L'autre m'a reconnu digne d'intérêt, m'a prodigué des soins suffisamment bons, n'a été ni trop, ni pas assez présent, ni trop discontinu dans sa présence. Les mauvaises dépendances créent, quant à elles, des sensations et des affects inverses, ainsi qu'un rapport au monde défiant, tout autant qu'une appétence à des liens réparateurs mis en échec répétitivement. Parfois, ces liens premiers ont été suffisamment bons mais brisés ou effractés par des expériences douloureuses, des épreuves majeures.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Jeammet Ph. (2002). « Les liens, fondement du sujet : de la contrainte au plaisir », in *Adolescence*, 40, 227- 239, p. 229.

<sup>14</sup> Nous renvoyons également le lecteur aux théorisations de D.W. Winnicott et R. Roussillon que nous avons résumées dans l'article "Décrochage scolaire : une polysémie à remettre en jeu" in A.HENRION, J. GREGOIRE, 2014, *Adolescence et difficultés scolaires, approche de la complexité*, Bruxelles, Mardaga : *L'illusion est un concept théorisé par Winnicott. Dans un précédent article (Janssens, Tortolano, 2010), nous avons explicité qu'il s'agit de la capacité de prêter à l'objet<sup>14</sup> des propriétés, des traits, qu'il n'a pas réellement. Cet objet doit être susceptible de revêtir et d'endosser des propriétés projetées par l'enfant. La mère donne en quelque sorte à l'enfant l'illusion que c'est lui qui crée le monde, que c'est lui qui a créé ce qu'il obtient et trouve. Une mère suffisamment bonne permet cela, elle donne à l'enfant juste ce dont il a besoin, ni trop, ni pas assez. Progressivement, elle va le désillusionner pour qu'il puisse appréhender la réalité et se mettre en mouvement par lui-même sans se considérer comme omnipotent ou considérer sa mère comme toute bonne ou toute mauvaise. Illusion et désillusion vont de pairs. Pour que la désillusion ne soit pas vécue comme une catastrophe, il y a comme un fond d'illusion qui doit se maintenir ce qui assure un sentiment de continuité d'existence à l'enfant. Comme le dit Christophe Janssen (2010), l'illusion théorisée est en ce sens posée comme l'essence même du lien ou de la capacité à faire le lien. Illusion et désillusion relèvent du champ transitionnel nécessaire pour que l'enfant puisse se sentir en continuité d'existence à travers les séparations et développer sa capacité à être seul en présence d'autrui. Selon Roussillon (2007), le processus trouvé-créé présente deux faces et génère deux types d'illusions, l'une positive et l'autre négative. L'illusion positive résulte du processus qui fonctionne bien. Elle génère un sentiment de plénitude qui soutient la pulsion de vie, l'élan vital. Elle engendre l'investissement positif d'un soi qui est capable de produire satisfaction et plaisir. L'enfant qui a connu cela construit alors un noyau de capacité de croyances en soi, de confiance en soi et en le monde. Cette base s'étayera pour conduire le sujet à intégrer un sentiment d'estime de soi, de la spontanéité et de l'espoir en ses potentialités d'accomplissement. Enfin elle permet d'investir et de faire circuler la vie psychique. Telle n'est pas la destinée de l'illusion négative issue d'une expérience subjective insatisfaisante et productive de déplaisir. L'illusion négative va donc, quant à elle, entraîner des mouvements de la pulsion de mort, favoriser des mouvements létaux et de l'inertie. L'investissement de soi et du monde prend une coloration négative, de type paranoïde. Elle est à l'origine d'un noyau de méfiance envers soi et le monde qui entraîne une retenue ou une désorganisation de l'élan vital.*

Le produit apparaît comme un moyen de vivre ce fonctionnement paradoxal initié par des ratés existentiels et des épreuves qui, comme nous l'avons écrit, laissent une empreinte traumatique durable appelant et rejetant le soin.

Cela fait dire à une dame : « *La drogue c'est une expérience qui te fait autant qu'elle te défait* ».

Ou à d'autres usagers :

*T : on est dépendant actif, je sais que moi, je n'étais plus capable de faire quoi que ce soit, j'avais tellement peur ... le produit m'a fait devenir dépendante de tout, de personnes, de lieux, d'autres gens. Et il faut vraiment... oui, chaque individu doit retrouver sa propre indépendance et ...*

*Y : Son autonomie...*

*T : Oui, sa propre autonomie, voilà. Et ça, ce n'est pas facile parce que quand on est dans l'engrenage de la dépendance aux drogues, on s'infantilise, on devient dépendant à tout ! Et même si on ne le veut pas ! Parce que moi, j'ai toujours dit je suis une indépendante, j'ai élevé mes gosses seule ! Mais la drogue fait que voilà !*

Il y a, et elle est repérée comme telle par les usagers, une entreprise d'autodestruction où il est question de vie et de mort, d'expérience de la limite, de la marge et de l'extrême.

L'image négative qu'ils ont d'eux-mêmes, ils la combattent et la renforcent avec le produit, logique paradoxale encore et toujours.

Cela crée une précarisation sociale, parfois un désarrimage et toujours une précarisation psychique.

Ils développent une sorte d'hyper vigilance au social, comme si celui-ci devait agir comme une bordure, un contenant ou encore comme un méta-cadre<sup>15</sup>, capable donc de prendre soin ou au contraire de délier, de stigmatiser, de blesser, de culpabiliser.

Ils sont parcourus par un profond sentiment de honte, d'indignité et d'isolement qui se trouve très souvent renforcé par le discours social ambiant. C'est comme si le stigmate interne était restigmatisé par l'ambiant social.

---

<sup>15</sup> D. Mellier explique, à la suite des théories de R. Kaës sur l'étayage, que l'espace social fonctionne comme « méta-cadre » pour le sujet, celui-ci trouvant ainsi des points d'appui pour son propre fonctionnement mental : D. Mellier (2010), « La psychanalyse et l'individu aux prises avec la groupalité psychique », in M. Pichon, H. Vermorel, R. Kaës, *L'expérience du groupe - Approche de l'œuvre de René Kaës*, Paris, Dunod.

Une usagère : « Une fois qu'on est entré dans un processus d'exclusion, on devient hypervigilant. Il y a un basculement qui s'opère entre les sensations internes et l'existence du monde extérieur qui fait plus exister le jugement d'autrui sur soi et c'est plus difficile de demander de l'aide. Et on finit par vraiment devenir... »

Et un autre de terminer : « marginal »

Une usagère : « Comment peut-on défaire autant l'humanité qu'en te faisant croire que tu n'as pas le droit d'exister ? »

Un usager : « On est quand même des êtres humains »

Et c'est souvent après avoir éprouvé l'expérience de la possibilité de mourir, que quelque chose, parfois quelque chose d'extrêmement ténu, un quelque chose qui humanise, qu'apparaît le désir de vie, l'envie d'arrêter la consommation.

Commence alors un parcours fragile et long pour tenter d'abord de cesser les consommations et ensuite progressivement de comprendre, de donner sens, de reconstruire ce que la majorité des usagers rencontrés appellent « quelque chose qui tienne ». Ils ont besoin de quelque chose qui tienne.

Citations :

« Moi j'ai un AS qui est venu voir si j'étais vivante pendant un an comme ça, un an ou deux, il venait de temps en temps voir si j'avais besoin de quelque chose, je n'avais besoin de rien. »

« Ce qui est très important c'est que rien ne soit attendu parce qu'on a appris soi-même à renoncer à un point tellement extrême, que la moindre demande est cause de fuite immédiate. »

« Des structures dans lesquelles les gens peuvent venir chercher une structure à laquelle ils n'ont plus accès et qui est nécessaire pour s'en sortir, ça c'est important »

« Tous les endroits comme ça qui accepte qu'il y ait une part d'humanité qui ne rentrera jamais dans le cadre mais qui a besoin de continuer à vivre, le temps, ben le temps qu'il faut »

« La différence entre psychiatre et généraliste est quelque chose qui me pose un... c'est-à-dire que le psychiatre ne va pas s'occuper de... va me permettre par exemple de faire une thérapie alors que je n'ai pas envie de faire une thérapie mais en même temps, le fait que ça ne soit pas un généraliste est un problème pour moi qui ne vais plus voir de dentiste, qui ai mal au ventre, qui ceci, qui suis dans une condition de misère tellement extrême qu'effectivement j'ai des cystites, de machin, des trucs que je ne soigne pas parce que je consomme donc... je suis comme un malade qui est sous morphine et qui donc peut tenir ses symptômes bien au-delà de la moyenne... Donc, j'arrive avec des ... vraiment le côté

*médecin, rencontrer, avoir accès à un médecin est quelque chose qui m'a vraiment aidée, c'est-à-dire quelqu'un à qui je pouvais dire malgré tout, malgré tout ce que je faisais à mon corps et je pouvais quand même pouvoir avoir envie d'essayer de m'en occuper, que ça faisait partie de mon humanité, que ces deux choses-là pouvaient coexister dans mon humanité et être reçue là-dedans. »*

Après cette étape plus ou moins longue, plus ou moins bancale, plus ou moins ténue de ré-accrochage, de ré-arrimage vient le long et délicat processus temporel.

« *Il nous faut du temps* » disent-ils, du temps avec des allers et retours, des rechutes, des hauts et des bas.

Un peu comme si après le « hors temps » ou le « temps du produit », progressivement ils parviennent à ré-appivoiser ou appivoiser un temps socialement partagé. D'abord quelque chose qui tienne et ensuite un besoin de structure, de rythmes, des lieux plus cadrés, de plus en plus éloignés des produits. Seulement alors peuvent advenir d'autres soins, notamment des psychothérapies.

Quel que soit le temps du parcours, ils pointent l'importance de l'accueil et de l'accompagnement.

Il est alors essentiel que les soignants puissent « *écouter, bien écouter, la profondeur des choses* ».

Ils repèrent qu'il y a un moment pour eux, un moment qui est leur moment pour rencontrer certaines institutions et pas d'autres, pour accepter certains dispositifs et pas d'autres. Ils savent qu'il y a leur temps subjectif et le temps des institutions.

Citations :

« *Il y a moyen de trouver chaussure à son pied* »

« *J'aurais pu rencontrer à une certaine époque les meilleurs des meilleurs soins, j'aurais été incapable de m'en servir* »

« *Moi, j'ai mis 10 ans à accepter ce que mon psychiatre me disait : ok je fais une dépression* »

Les sorties, les transitions, les délais d'attente qui les replongent dans la solitude, le vide, l'absence de rythmes et la sensation que tout est à réapprendre sont des périodes délicates et difficiles. Ces moments charnières sont particulièrement propices à des rechutes.

Citations :

*P : « Je veux dire que la sortie, c'est comme si on était en plein hiver et on vous déshabille complètement et puis vous êtes vraiment tout nu, puis on vous met dans la rue et on vous dit vas-y ! Maintenant tu peux être fier de toi ! Et donc, vous êtes tout nu, tout le monde voit que vous êtes tout nu, il fait très très froid ! »*

*T : On a l'impression que tout le monde voit qu'on est tout nu...*

*P : Oui mais... mais c'est en fait impossible à imaginer mais je vais donner un exemple simple. Je fais les courses pour la première fois quand je sors, je prends un caddie, donc pour une fois je peux être fière de moi, j'avais de l'argent et j'allais le dépenser à acheter des choses à manger, donc c'est pas mal, je pouvais être fière de moi. Et donc j'arrive et la porte s'ouvre et je suis avec mon caddy et là, j'arrive dans le rayon alcool parce que les magasins sont bien organisés, donc on arrive tout de suite dans les bouteilles de vodka etcetera. Et donc, je suis là avec mon caddie et je pleure au milieu de rayon alcool comme une fontaine... comme une victime (rires). Et puis après, j'ai fait mes petites courses et puis je sors, vite waouh !!! J'ai réussi à faire des courses ! Mais qui est ce qui peut, dans l'humanité comprendre que c'est une victoire si ce n'est les gens à qui je téléphone en disant tu sais quoi ??? J'ai réussi à faire des courses !!! Et la personne me dit c'est trop génial !!! (rires) »*

Autres citations :

*« J'ai l'impression que ça a arrêté ma croissance en fait. J'ai commencé à 15 ans, quand j'ai arrêté c'est comme si j'avais toujours 15 ans et que je devais réapprendre de mes 15 ans (...) c'est comme si on prenait un raccourci qui n'en est pas un, tu te rends compte que le raccourci que tu as pris est un plus long chemin. C'est comme si j'avais stagné et que je devais tout réapprendre...comme qu'elqu'un qui sort du coma et qui se réveille et qui doit réapprendre à vivre, qui a perdu toutes ses facultés. Je me suis retrouvé comme un gamin de 15 ans ».*

*« Oui mais ça va paraître dingue aussi mais on a aussi la candeur d'un nouveau-né(...) il y a la charge du vécu mais aussi toute la charge de ce qui n'a pas été vécu et tous ces espoirs qui restent, qui sont complètement anachroniques ».*

*« Réapprendre à rire... Même juste se laver quoi, prendre soin de soi... »*

*« Prendre une douche, c'est comment... C'est difficile à expliquer parce qu'en fait, tous les réflexes ont été désappris. Ça ne veut pas dire qu'on ne sait pas prendre une douche etcetera mais ça veut dire que si je prends une douche sans produit, je vais ressentir l'eau, je vais ressentir la température ... Je rentre dans un monde différent ! »*

*« On doit tout réapprendre. C'est vrai. »*

Si les professionnels redonnent le goût du lien, l'expérience d'un lien suffisamment bon par touches impressionnistes d'abord, des touches d'humanisation, si les institutions réinscrivent une temporalité, un accordage possible avec le monde, elles créent aussi des possibilités de liens sociaux avec les pairs.

Les usagers rencontrés, tous sans exception, soulignent que les institutions permettent, et c'est essentiel pour eux, du communautaire dans et hors les murs. Ces liens sont parfois extrêmement difficiles à créer dans la ville, dans le quotidien, dans le voisinage. Les liens noués avec leurs pairs, dans les institutions, dans des espaces communautaires, dans les groupes d'entraide leur évitent de sombrer dans une trop grande solitude. Ils leur permettent de trouver des appuis suffisants pour restaurer, garder ou reconstituer un tissu social notamment par un partage de reconnaissance, d'expérience, d'activités, de solidarité, etc.

Citations :

*« Il y a vraiment quelque chose dans l'expérience de la toxicomanie surtout des drogues dures... mais je crois que c'est la même chose pour les drogues douces... mais vraiment de la dépendance vécue avant sans fond, il y a quelque chose qui exclut de l'humanité et donc, chaque petit gester amène à l'humanité, mais le groupe est quelque chose qui au niveau inconscient fonctionne de manière terriblement thérapeutique sur ce côté d'exclusion. Et donc, ce n'est pas quelque chose qui peut être construit socialement, professionnalisé, etcetera parce que la demande qui est là, est une demande de reconnaissance... qui doit être complètement gratuite.*

*Mais il y a plein de couches. Par exemple, il y a des couches qui ne sont pas rationnelles comme dit X... Le fait d'avoir un corps en face de moi qui a survécu à ce dans quoi je suis et qui atteste de sa présence physique qu'il y a moyen de survivre, est quelque chose que... donc, c'est la reconnaissance par les pairs, voilà, ce n'est pas le fait que le pair me reconnaisse, c'est le simple fait que je vais pouvoir survivre parce que lui a survécu... est quelque chose qui ne peut pas se professionnaliser et c'est de l'ordre du cellulaire, c'est une reconnaissance de mes cellules. Là-dessus, une fois qu'il y a cette reconnaissance de mes cellules, tiens, il y a plusieurs personnes qui ont survécu ! Et elles sont capables de parler ! Et bien qu'elles aient le cerveau aussi détruit que le mien, elles arrivent à articuler 3 phrases, etcetera, etcetera... C'est donc qu'il y a moyen ! Et alors après je peux commencer un travail aussi avec un psy dont je vais peut-être parfois me sentir regardée, dans un premier temps comme de l'extérieur... et puis après, je vais pouvoir faire une relation avec ce psy, ... toutes ces choses fonctionnent ensemble...»*

Néanmoins, ils rappellent combien il est difficile pour eux, après ou pendant ce parcours de décrochage du produit et de multi-réarrimages, d'avoir accès aux soins, au social et à la culture

sans aide et sans support. Leur cumul de difficultés et les logiques paradoxales qui les traversent auront tendance à accentuer le phénomène d'exclusion/stigmatisation alors qu'une des voies de rétablissement est de pouvoir se réinscrire dans un quotidien rythmé et socialisant.

#### 4.3 Du côté des Professionnels

Les professionnels rencontrés, quel que soit leur secteur d'intervention, dressent des constats similaires et s'entendent sur des principes communs d'intervention.

Les services, toutes lignes d'interventions confondues, sont saturés. Il y a un manque important de structure d'accueil à plus long terme, notamment des services de postcure.

L'accès aux structures d'hébergement et au logement est particulièrement difficile pour les usagers cumulant des difficultés.

Les problématiques d'assuétudes sont souvent des critères d'exclusion pour les structures non spécialisées ce qui renforce les constats précités.

Il est notable de repérer que les usagers partagent ces assertions et les considèrent comme des obstacles à leur rétablissement.

Ces constats s'inscrivent dans une péjoration généralisée des situations vécues par les usagers, ainsi que des conditions de travail des professionnels.

Les usagers vivent dans des contextes de plus en plus complexes et précaires. Les conditions de travail des professionnels se dégradent en raison d'un cadre de travail de plus en plus limitatif et faute de moyens.

Ces différents phénomènes se renforcent sans véritable réponse structurelle.

Plusieurs paradoxes sont ainsi à l'œuvre dans les pratiques quotidiennes.

Les usagers ont besoin de temps pour aller mieux et souvent d'un milieu de vie adapté à leur réalité mais les durées de séjours se réduisent et les moyens dévolus à l'accompagnement dans le milieu de vie s'avèrent insuffisants.

Le travail en réseau est valorisé mais il y a une réduction des possibilités de travailler « hors les murs » pour assurer la continuité des soins entre institutions et le maillage entre l'institution et

la cité, ce en raison des normes de fonctionnement, des règles administratives et de la charge de travail.

Les professionnels sont confrontés à de fortes résonances<sup>16</sup> face à la souffrance de leurs usagers, ainsi qu'à des isomorphismes<sup>17</sup>.

Ces phénomènes inhérents aux pratiques dans le champ de la rencontre humaine s'inscrivent dans un contexte professionnel difficile qui confronte souvent les intervenants à un sentiment d'impuissance.

Cela génère de la créativité et de l'engagement chez les professionnels qui ne cessent d'innover et de bricoler des interventions profitables à leurs bénéficiaires mais également du découragement, de la fatigue voire de l'usure, parfois de la souffrance au travail ce qui est propice au turn-over et à l'épuisement des équipes.

Un effet pervers découle de ces différents processus. Les professionnels et leurs institutions laissent croire qu'il est possible de travailler dans ces conditions en faisant preuve d'adaptabilité afin d'offrir un service suffisant à leurs usagers alors que le système est saturé et pâtit d'une diminution qualitative.

---

<sup>16</sup> Processus par lequel l'expérience émotionnelle de l'intervenant influence ses observations et ses interventions. L'important est d'identifier ces résonances. Le vécu de l'intervenant est singulier, mais il est maintenu et amplifié dans un contexte particulier, de sorte que ce qu'il vit est lié à lui, et au contexte dans lequel cette résonance se produit. Ce que vit l'intervenant n'est donc pas entièrement réductible à ce qui se passe en lui. La résonance est l'activité de l'intervenant par laquelle il porte attention à son expérience émotionnelle et s'y réfère afin de comprendre la nature et le devenir du système qu'il forme avec ses interlocuteurs. La relation interpersonnelle est perçue comme un processus circulaire d'influence réciproque. La résonance apparaît, par exemple, quand un intervenant est fortement touché par des sentiments ou des thèmes au cours d'un entretien. Ceux-ci le renvoient à des éléments de son histoire. Si ces résonances ne sont pas travaillées, elles peuvent être paralysantes ou interférentes. Il est important de s'interroger sur ces phénomènes :- Est-ce que je connais cet affect particulier ou ce thème spécifique ? Quels échos cette émotion ou cette lecture du réel suscite-t-elle chez moi ?- En quoi ce thème est-il important pour les patients ? En quoi les concernent-ils ?- Qu'est-ce que cela traduit du fonctionnement du système et qu'il faut renvoyer au système ? S'il y a résonance chez l'intervenant, c'est à considérer comme une thématique ou une émotion présente dans le système ou chez la personne. Il est souhaitable que l'intervenant puisse l'utiliser pour comprendre la situation sans imposer sa propre croyance ou sa propre solution. Plusieurs membres du système élargi des intervenants peuvent vibrer émotionnellement avec des membres de la famille et entrer ainsi en résonance, chacun en fonction de ce qu'il est et de son histoire. Cela peut alors renvoyer à la notion d'isomorphisme. ELKAÏM M., 1989, Si tu m'aimes, ne m'aime pas, Seuil, Paris, p. 153-157 FOULKES H., 2004, Le groupe-analyse : Psychothérapie et analyse de groupe, Payot. In *Accompagner les situations de vulnérabilité, clés pour une posture professionnelle*. C. Vander Borgh, S. Tortolano, 2016, Chroniques Sociales, Lyon.

<sup>17</sup> Le terme isomorphisme est au départ, un concept mathématique qui signifie qu'à chaque élément d'une structure correspond un élément d'une autre structure, chacun de ces éléments jouant le même rôle dans leur structure respective. En systémique, il qualifie les jeux interactionnels transposés d'un sous-système ou d'un système à un autre, en raison des résonances des acteurs présents dans une situation donnée. (...) Les tensions entre co-intervenants peuvent refléter les tensions familiales, chacun prenant plus particulièrement le parti de l'autre. C'est comme si le modèle familial, son mode de fonctionnement et son ambiance, s'implantaient dans un autre milieu, par exemple l'école, l'institution, entre les intervenants, au SAJ, etc. Les intervenants se mettent à interagir comme le font les membres de la famille entre eux ou avec l'enfant. Cela requiert d'analyser le processus en cours pour en avoir une vision d'ensemble et mettre en dialogue les différents éléments rassemblés pour les comprendre, les dépasser et favoriser le changement. *Ibidem*

Outre ces constats, la méconnaissance de l'existant par les professionnels est frappante. Elle fait écho à celle ressentie par les usagers qui disent être insuffisamment informés des possibilités du réseau de soin et de leur accessibilité.

Cette méconnaissance porte également sur la façon dont travaillent les autres services, leur cadre, leur réglementation, leur dispositif. De facto, les professionnels se méprennent sur les possibilités et les limites de champ d'intervention de l'autre. Cela entraîne des représentations négatives qui peuvent entacher les collaborations, ainsi que des orientations inadéquates.

Les secteurs sont encore trop cloisonnés et segmentés. Toutefois, il est nécessaire de maintenir la différenciation et la complémentarité des services.

Il existe des sous-réseaux par proximité géographique, par parenté de missions, par affinités, par idéologie ou grâce à des contacts interpersonnels.

Cet informel reste essentiel tant pour les professionnels que pour les usagers, toutefois plus de formalisation faciliterait la circulation des usagers au sein du réseau. Cette circulation ne doit en aucun cas être un circuit fermé qui serait une contre-indication à la liberté de choix de l'utilisateur et au sens que revêt sa façon de circuler en regard de son histoire et de sa problématique.

Au contraire, il s'agirait d'une formalisation favorisant la possibilité pour l'utilisateur de circuler selon ses besoins propres et sa temporalité dans un réseau où l'articulation et la liaison entre les services seraient plus optimales qu'actuellement, dans le respect des cadres de travail de chacun.

Enfin, les professionnels s'accordent sur l'importance d'une approche multifocale et pluridisciplinaire des problématiques d'assuétudes, au cas par cas, tenant compte des ressources des usagers. Les interventions devraient également prendre en compte les dimensions familiales.

A cette fin, ils insistent sur l'importance des contacts interpersonnels, interinstitutionnels et intersectoriels afin de favoriser une dynamique collaborative et collégiale, à la fois spécifique et aspécifique.

## 5 Recommandations

A la suite de ce processus, il nous est permis de formuler plusieurs recommandations dont la réalisation nécessite une action concertée entre les acteurs et opérateurs concernés, ainsi qu'un soutien des instances politiques impliquées dans les matière assuétudes, sociales et santé à tous les niveaux de pouvoir.

- La diversité de l'offre de soin répond aux besoins des usagers. Chaque élément du réseau<sup>18</sup> est pertinente selon la temporalité de l'utilisateur, sa capacité et son désir de l'utiliser, aussi longtemps que nécessaire.

En ce sens, chaque membre du réseau, qu'il soit un service, un prestataire privé, une instance judiciaire, etc. a son utilité à un moment donné ou à plus long terme. Leur action est complémentaire, non concurrentielle et non hiérarchisée.

MAIS le réseau est saturé et la liaison entre les services et entre les secteurs et champs d'intervention n'est pas fluide. Il y a un intérêt certain à :

- Renforcer l'existant.
- Améliorer et renforcer la fonction de liaison.

En outre, il est utile de :

- Favoriser les dispositifs qui permettent d'améliorer la connaissance et la reconnaissance du travail des partenaires de réseau.  
Notamment, les immersions et échanges de travailleurs jugés par beaucoup comme un moyen particulièrement efficace. Mais aussi, les groupes de travail, les concertations, les apéros réseaux, les forums, les intervisions, etc.
- Renforcer les dispositifs qui peuvent assurer le maillage et la continuité entre deux prises en charge.
- Soutenir et favoriser les approches communautaires et de groupe.
- Favoriser le travail avec la famille ascendante et descendante.
- Améliorer l'information sur l'existant pour les usagers, les proches et les professionnels.
- Soutenir le rôle des médecins généralistes.
- Développer la pair-aidance.

---

<sup>18</sup> Ensemble formé de lignes ou d'éléments qui communiquent ou s'entrecroisent

- Développer la sensibilisation, l'information et la prévention, notamment auprès des adolescents, mais aussi à l'échelle sociétale.
- Œuvrer à la déstigmatisation à l'échelle sociétale mais aussi auprès des professionnels du soin insuffisamment familiarisés à ce public.
- Favoriser l'accessibilité au logement.
- Favoriser des interventions « sur mesure » dans le milieu de vie.
- Favoriser l'accès à la culture.

## 6 Conclusions

Nous laissons la parole des usagers conclure le présent rapport.

*« Remettre l'éclatement absolu qui est le nôtre dans une expérience qui est pensable par un effet d'identification à un autre »*

*« Les cicatrices, nos parcours c'est du récit. C'est donc du partage. L'exclusion ça polarise, ça entraîne la fatalité à l'intérieur du récit. Il faut remettre de la vie là-dedans, dans un récit partagé ».*

*« Si l'endroit de la parole devient le lieu où la reconnaissance n'a pas lieu, c'est pire que d'avoir gardé le secret, c'est pire que tout »*

*« Et alors, il y a un moment dans l'expérience où toutes ces petites pierres se rassemblent et font un chemin suffisant. Mais en fait, toute l'aide reçue ou pas d'ailleurs ! Ce n'est pas quelque chose que quelqu'un peut décider et c'est même pas quelque chose que l'utilisateur peut décider, de la même manière que peut-être il ne serait pas tombé s'il n'y avait pas eu ce produit-là à ce moment fragile de sa vie... Dans la manière dont le destin se renverse, il n'y a pas non plus une aide appropriée à un certain type de public. Il y a le fait d'avoir eu assez de gens qui tout au long de ce parcours ont donné quelque chose et le fait que l'utilisateur ait été en mesure de le recevoir. »*





