

**Journée SPAJ du 7 novembre 2019 :
quelques traces pour poursuivre le travail cantonal de réflexion et de construction de solutions¹.**

Cette journée a été introduite par **Madame la conseillère d'État, cheffe du département de l'éducation et de la famille, Madame Maire-Hefti**. Sa prise de parole se trouve en annexe et nous vous proposons de vous y référer. Toutefois, il nous paraît nécessaire de souligner que quelques points particulièrement intéressants ont été ainsi, d'emblée, mis en lumière : La « *réforme du dispositif de soutien et de protection de l'enfance* » est une démarche sensible, qui sera l'objet d'un « *bilan intermédiaire à fin 2020* ». « *La réforme vise à limiter la nécessité de recourir au placement en institution* » mais aussi (...) « *l'interaction entre domaine résidentiel et ambulatoire est palpable, la logique des vases communicants est omniprésente* ». Plus loin, Madame la Conseillère d'État souligne à nouveau la « *dialectique indispensable des différents modes d'intervention* », ainsi qu'une exigence qui nous paraît fondamentale : « *la dialectique des différents modes d'intervention auprès des personnes dans le besoin doit se détendre, se fluidifier pour, à terme, devenir routinière et quasi naturelle* ». « *Pour cela les différents partenaires, les différents acteurs - tous professionnels et tous nécessaires - doivent mieux se connaître et donc mieux communiquer (...)* ».



Madame Tharin et Monsieur Favez ont ensuite apporté des contributions dont vous trouverez ici une version résumée.

Monsieur Favez a mis l'accent sur un contexte suisse mais aussi européen qui a évolué : la réponse résidentielle (stationnaire diront certains), à certaines graves difficultés des adultes comme des mineurs, est moins légitime à notre époque que dans les décennies précédentes. Dans un contexte d'individualisation de l'expression de nos besoins, de plus grand respect de l'individu et de ses prérogatives, toutes les structures collectives vécues comme « disciplinaires » évoluent vers des réponses plus légères, faisant une place accrue à l'espace privé et au respect des besoins personnels. De manière générale, les dispositifs ambulatoires, qui tendent à faire le moins possible intrusion dans la sphère privée, sont privilégiés.

Les structures résidentielles doivent répondre désormais à des demandes claires d'individualisation et de différenciation des réponses : l'enfant doit être reconnu dans ses spécificités personnelles (et dans une approche inclusive de l'École, par exemple, aujourd'hui partout soutenue en Occident, c'est bien à la structure scolaire à s'adapter et à proposer des réponses ajustées aux besoins de chaque enfant). Les hôpitaux se reconstruisent et les anciennes chambres de 4 à 6 patients disparaissent pour faire place à des chambres de 2 voire 1 patient. Ils proposent des repas personnalisés et la meilleure reconnaissance possible du patient dans sa singularité. La personne âgée trouve dans sa chambre une version limitée de son domicile personnel et heureusement, on n'y entre plus sans frapper. De manière générale, les garanties du Droit sont largement appliquées là où elles s'arrêtaient parfois aux murs de l'institution.

Par ailleurs, historiquement, en Suisse, certains exemples ont durablement marqué la conscience collective : le placement des enfants Yéliche (les « Enfants de la Grand-route », sous la responsabilité de Pro Juventute jusqu'en 1973) mais plus encore la pratique jusqu'en 1981 des placements administratifs de mineurs ou d'adultes. Ceux-ci, couramment pratiqués (on articule le chiffre approximatif de 60'000 personnes), ont abouti à un processus d'excuses publiques et de réparation encore en cours sur le plan fédéral et parfois cantonal. Si les époques ont changé et si les contextes ne sont que peu ou pas comparables, une culpabilité collective demeure et vient nourrir une interrogation toujours vive sur le caractère proportionnel ou non de la mesure de placement, même si elle est imposée par une autorité judiciaire. Dans les médias, plus souvent dans le domaine de la protection des mineurs mais pas seulement, le doute quant à la pertinence de la réponse institutionnelle revient très rapidement,

¹ Dans ce document, pour des questions de lisibilité, le masculin ("usagers" par exemple) désigne indifféremment les femmes et les hommes.

notamment dans le compte rendu qui peut en être fait dans la presse. On notera ici que s'organise une tension entre la place donnée à la responsabilité individuelle d'une part et la sécurité offerte à l'enfant d'autre part, notamment au travers de la dimension contenante de la réponse institutionnelle résidentielle.

L'institution résidentielle doit ainsi s'adapter, personnaliser ses prestations (ce qui coûte cher, ce qu'on lui reproche en général et à priori d'ailleurs) et travailler sur ce paradoxe partout présent dans notre époque : les réponses des entités chargées de la protection de l'enfant et de l'adulte devront de plus en plus, en même temps, assurer une liberté (et leur action pourra en regard de cette exigence être considérée comme intrusive) ET assurer une protection sans faille (et leur action pourra de ce point de vue être considérée comme laxiste et inefficace). Notons que cette tension paradoxale n'est pas l'apanage de l'institution résidentielle. Les différentes structures de jour et naturellement le travail ambulatoire, au domicile des familles comme dans la rue, sont susceptibles d'être entraînés dans cette même double exigence.

Ces évolutions sont souvent des améliorations des réponses données aux besoins individuels mais il faut comprendre qu'elles introduisent dans le lieu résidentiel une tension structurelle. En effet, l'institution résidentielle a besoin -pour son propre équilibre- du maintien d'un certain nombre de règles collectives qui sont prééminentes sur le strict besoin individuel. Ces règles, ces limites (ces horaires, ces procédures d'admission et de sortie, etc.) sont vécues comme moins supportables, moins légitimes aussi. Les structures, surtout de grande taille, sont donc aux prises avec des contraintes qui proviennent à la fois des services publics (meilleure efficacité par exemple) mais aussi qui proviennent de leurs usagers et des familles.

Il s'agit d'une tendance lourde et générale qui touche pratiquement tous les domaines du travail social, éducatif, des soins et de la médecine. Comme nous le verrons dans la prise de parole de Mme Tharin, ces évolutions sont parfois concrétisées depuis longtemps.

La solution résidentielle devient alors « l'Ultima ratio », situation qui n'est pas sans la mettre structurellement en grande difficulté : les situations qui lui sont adressées témoignent d'une très grande difficulté des personnes prises en charge. Des contraintes maximales (difficultés personnelles ; familiales ; de socialisation ; financières ; d'insertion socioprofessionnelle ; etc.) sont concentrées au même endroit, impliquant le risque de ne pas être en mesure de contenir de manière fonctionnelle, toutes ces difficultés et toutes ces souffrances.

En d'autres termes ces évolutions favorisent une dynamique de repli du nombre de structures institutionnelles et en même temps une utilisation de plus en plus intense des ressources qu'elles proposent ; ce qui n'est pas sans ouvrir quelques questions de fond quant à leur gouvernance.

Nous proposons dès lors de mettre en évidence deux vraies opportunités et deux risques majeurs qui naissent de ces évolutions esquissées ici de manière très succincte, en proposant une métaphore quelque peu « topographique ». Imaginons que notre société, ici à l'échelon neuchâtelois, soit représentée sous la forme d'un vaste espace circulaire. Qui est dans cet espace ? qui risque d'en être exclu ? qu'en est-il de la frontière qui, même si elle est plus lointaine que par le passé, finit par être atteinte, tôt ou tard ? Nos sociétés démocratiques sont confrontées à de multiples enjeux liés à l'inclusion de différentes populations ou de multiples individus que l'on souhaite conserver dans l'espace commun. Les travailleurs sociaux et les soignants (au sens large) travaillent à maintenir un maximum de personnes dans l'espace d'un *vivre ensemble* qui limite et, si possible, abolit les exclusions. Par exemple, sur le plan scolaire, on privilégiera les solutions qui permettent à l'enfant de rester dans sa classe et on évitera que, placé en structure spécialisée, il perde non seulement son école mais aussi ses camarades de quartier et ses relations familiales au quotidien. On travaillera à limiter de même l'exclusion des personnes en fin de carrière du monde du travail et pour les personnes du quatrième âge, on soutiendra l'aide à domicile, qu'elle soit familiale d'abord et plus tard l'objet de l'intervention de services ambulatoires.

Ces efforts collectifs, soutenus par des dispositifs constitutionnels au niveau suisse, compatibles avec des efforts d'allègement de l'intrusion des services sociaux et de soin dans la trajectoire de vie, est à la source d'une première opportunité très importante : l'accordage entre besoins de la population et

réponses données. Elle va en effet dans le sens d'un meilleur respect des trajectoires de vie dans leur singularité et minimise le risque de disqualification des ressources du milieu, d'autant plus présente que la réponse institutionnelle est lourde et spécialisée. Dans les redéfinitions de nos pratiques professionnelles qui accompagnent inmanquablement cet effort, nous devons certainement nous souvenir qu'en permettant d'élargir progressivement le périmètre des situations personnelles et collectives intégrées dans notre société, nous contribuons de manière très importante à garantir le respect de soi comme celui de l'Autre.

Les réponses ambulatoires, structurellement plus fragiles, moins continues par définition, nécessitent de travailler avec l'utilisateur et son engagement. En cela, elles ne fonctionnent vraiment que dans la capacité des partenaires concernés à s'impliquer dans la gestion de prises de risques assumés ou de demandes de supports définis ensemble. Il s'agit là de la seconde opportunité qui peut être valorisée : travailler dans l'implication partagée humanise les rapports, toujours inégaux, entre travailleurs sociaux et usagers (patients, etc.). Face à d'autres contraintes que vous connaissez toutes et tous (gestion administrative en hausse ; traitement de réalités humaines à l'aune de critères bureaucratiques ou strictement financiers notamment), l'implication partagée dans la résolution des problèmes rencontrés est un excellent antidote aux dérives technocratiques esquissées plus haut, celles-ci pouvant toucher toutes les formes d'intervention.

Deux risques (parmi d'autres) accompagnent ces évolutions. D'abord l'élargissement de plus en plus important du périmètre des solutions inclusives risque d'amener un basculement dans l'exclusion, aux limites du périmètre pris en considération. Ceci est d'autant plus fort que les difficultés rencontrées ont pu être déniées par souci de refuser toute exclusion précoce. Or des phénomènes de relégation, des trajectoires de désaffiliation (tant relationnelles que professionnelles) existent et l'image proposée plus haut, celle d'un périmètre insulaire, est aussi utile que trompeuse. L'exclusion que nous affrontons est aussi dans nos pratiques, résidentielles ou ambulatoires, et elle est d'autant plus pernicieuse qu'elle n'est pas reconnue et pensée. Il faut noter à ce propos qu'en identifiant parfois les structures résidentielles comme excluantes par nature - si j'ose dire -, mais aussi confinées à un rôle de dernier recours activé après les échecs cumulés d'autres tentatives d'intervention, on contribue à les situer en dehors de l'aire d'une socialisation commune. On en fait alors, d'autant plus, des lieux d'exclusion dans lesquels on envoie, quand même, des enfants ou des adultes qui auraient résisté à tous nos efforts d'accompagnement.

Le second risque naît de la pression exercée sur les dispositifs situés « au centre » du système, censés supporter des charges parfois incompatibles avec la légèreté de leur structure, ramenant l'investissement personnel au premier plan en le survalorisant, en lieu et place de ce qui devrait être la dimension professionnelle de l'activité prise en considération. La multiplicité des actions ambulatoires qui peut aussi se mettre en place dans ces circonstances peut devenir difficile à gérer (en termes de cohérence de réseau) et son coût effectif (notamment indirect) peut alors venir oblitérer une partie des avantages postulés.

En définitive, tout indique que des complémentarités, des articulations, des liens plus forts sont inévitables entre réponses résidentielles et ambulatoires. Au-delà de cette complémentarité opérationnelle nécessaire, c'est peut-être notre capacité à penser tant l'institution résidentielle que les prestations ambulatoires comme porteuses de limites à comprendre et respecter, qui compte. C'est de même notre capacité à penser des prises de risques assumées en conscience, par tous les acteurs concernés et sur tous les plans des responsabilités, qui nous donnera de la force pour avancer. C'est enfin le refus de considérer comme banales des (auto)exclusions auxquelles nous assistons parfois (personnes en grande rupture ; adolescents qui échappent, un temps, à toute solution éducative). Lorsque, malgré notre refus des discriminations, des personnes ou des familles parviennent à gagner la périphérie de nos investissements professionnels, c'est le sens même de notre travail -qu'il soit situé dans un lieu de vie, une structure de jour ou dans la rue- qui peut être mis en cause.

★

Madame Tharin a proposé de son côté une réflexion sur la diversification des réponses institutionnelles dans le domaine de l'addiction, allant d'un accompagnement résidentiel à l'évolution du dispositif d'accompagnement dans le canton de Genève, comme support à notre réflexion. Son allocution a visé à décaler quelque peu le regard pour s'intéresser à l'évolution des réponses institutionnelles dans un autre canton. Le propos peut ainsi, de prime abord, paraître un peu décalé, le champ lexical utilisé traduisant le fait qu'on se situe dans l'accompagnement et la prise en soin de personnes en situation d'addiction. Toutefois, les professionnels dont elle parle ici – des travailleurs sociaux en structures résidentielles collaborant avec d'autres professionnels des domaines du travail social et de la santé – ont traversé des référentiels et des défis qui pourraient s'approcher de la situation vécue aujourd'hui dans le canton de Neuchâtel.

Ainsi, sans que cette présentation ne se veuille un comparatif ou un exemple à suivre, il est possible de traverser succinctement 4 périodes et référentiels distincts (mentionnant quelques éléments du contexte suisse ou genevois, ainsi que quelques éléments d'évolution de l'identité des travailleurs sociaux), pour ensuite clore le propos en dressant quelques perspectives et en mentionnant les défis toujours en cours.

1975 - 1990 : référentiel abstinence en structures résidentielles. Le début des années 1970 ayant vu le nombre de consommateurs d'héroïne décupler et le nombre d'overdoses atteindre des pourcentages inquiétants, la Confédération suisse mandate les cantons afin de prévenir les problèmes de santé liés à la consommation de drogue. La Loi sur les Stupéfiants, en 1975, ordonne en effet, par canton, la mise en œuvre de mesures sur 3 piliers : Prévention, Répression et Thérapie. Au niveau thérapeutique, l'accompagnement socio-éducatif vers l'abstinence fait office de référentiel unique : la prise en soin médicale est quasiment inexistante et la réhabilitation est l'apanage du travail social. Ainsi, dès le milieu des années 1970, en Suisse, de nombreuses structures résidentielles ouvrent leurs portes aux personnes connaissant des problèmes d'addiction.

Les éducateurs en structures résidentielles connaissent donc le monopole de la prise en charge, au bénéfice d'une certaine forme de « toute-puissance », étant les seuls détenteurs d'une expertise ainsi reconnue et valorisée.

1990 – 2000 : référentiels abstinence / réduction des risques / traitements de substitution. Fin des années 1980 et début des années 1990, la Suisse verra apparaître – puis disparaître – deux scènes ouvertes de la drogue dans le canton de Zürich : le Letten et la Platzspitz. L'augmentation des délits, ainsi que les risques sanitaires importants qui s'y expriment, dans une période marquée par l'arrivée du virus du sida, vont faire de l'usage de drogue un problème majeur de société. De nouvelles mesures d'actions publiques se déploient et la notion de « seuils d'accès » différenciés prend le pas sur le référentiel jusqu'ici unique d'abstinence. A la politique des 3 piliers succède la politique des 4 piliers, intégrant désormais la Réduction des risques aux 3 autres piliers déjà existants. Des espaces permettant l'accueil de personnes en situation de consommation active et intégrant la réduction des méfaits sanitaires et sociaux s'ouvrent partout en Suisse. Le pilier thérapie, proposant jusqu'ici un parcours de réhabilitation vers l'abstinence intègre également désormais la possibilité de prescriptions de traitements de substitution aux opiacés, en bénéficiant également d'un accompagnement psychothérapeutique.

L'offre se segmente désormais entre résidentielle et ambulatoire, ainsi qu'entre médicale et sociale, sans véritable transversalité entre ces secteurs. La concurrence est accrue entre les cadres d'accompagnement ou de soin et les principes d'intervention entre secteurs et professionnels sont, à ce stade, contraires et empreints d'idéologie. Pour les travailleurs sociaux en résidentiels prédomine le sentiment de travailler « avec l'élite abstinent » ; malgré la cristallisation des points de vue et la perte du monopole de l'accompagnement thérapeutique.

2000 – 2005 : référentiel qualité et financement des résidentiels par prestations. En Suisse, début des années 2000, l'OFAS annonce son retrait du financement des institutions résidentielles. Divers modèles

sont envisagés pour finalement déterminer un financement par subventionnement forfaitaire journalier, basé sur les prestations offertes par chaque institution. Cet événement coïncide avec l'introduction, par l'OFSP, du système QuaThéDA (Qualité, Thérapie, Drogues, Alcool), demandant aux responsables qualité des institutions de « Dire ce qu'on fait, faire ce qu'on dit et le prouver si nécessaire. ».

Genève, à cette même période, voit le renforcement des dispositifs médicaux ambulatoires se déployer, avec des consultations qui proposent désormais la prescription de traitements de substitution, ainsi qu'un accompagnement médico-psychothérapeutique aux personnes consommatrices. Le dispositif de réduction des risques s'intensifie également, puisque qu'il ouvre l'accès à un local d'accueil et d'injection. Par ailleurs, la possibilité d'accueil, en structure résidentielle, de personnes au bénéfice d'un traitement de substitution, représente une remise en question idéologique majeure pour les travailleurs sociaux.

De nombreuses révolutions viennent ainsi questionner l'identité des travailleurs sociaux en structures résidentielles ; la notion de « haut seuil » ne s'exprimant plus forcément dans leur contexte et leur expertise se trouvant questionnée par le passage d'un travail défini précédemment comme « thérapeutique » à un accompagnement respectivement plus administratif et socio-éducatif. Dans cette période de perte de repères et de sens, où l'expertise des uns et des autres doit se redéfinir, la déstabilisation est grande et la résistance au changement s'exprime parfois.

2005 – 2015 : référentiel médicalisation des addictions. Dès 2005, en Suisse, le contexte se prête à la remise en question de l'efficacité du modèle résidentiel. La tendance à la médicalisation des dépendances qui s'illustre notamment dans les progrès des neurosciences, mais également le manque d'évaluation scientifique des programmes résidentiels, conduisent les financeurs à favoriser un recours aux prestations ambulatoires, celles-ci étant notamment perçues comme moins onéreuses, mais également comme moins contraignantes et plus adaptées aux besoins des usagers/patients.

En quelques années, sur l'ensemble de la Suisse, plus de 50 structures résidentielles du domaine des addictions disparaissent. Celles qui subsistent n'accueillent plus le même public qu'auparavant et les profils accueillis comprennent désormais également des résidents sous mandats pénaux, des personnes souffrant de comorbidités psychiatriques, ainsi que des personnes dans des situations de plus en plus complexes du point de vue financier et administratif (ou encore ayant des lacunes importantes dans leurs connaissances scolaires de base, complexifiant ainsi la mission insertionnelle). Ces nouveaux profils d'usagers convoquent un accompagnement socio-éducatif plus individualisé que collectif/communautaire, ce qui continuera à bousculer les savoir-faire des travailleurs sociaux en structure résidentielle.

Ayant parfois l'impression que leurs compétences ou leur expertise sont remises en question, dans un contexte de plus en plus concurrentiel, les travailleurs sociaux mentionnent ou expriment divers maux : de la perte de pouvoir au sentiment d'impuissance, du stress à l'épuisement, en passant par une forme d'insécurité quant à l'emploi.

Et maintenant ? Quel bilan tirer de ces évolutions ? Désormais, dans le domaine de l'addictologie, la notion de rétablissement prime sur celle de réhabilitation. Ce changement de paradigme, impliquant une approche plus individualisée en fonction des besoins de chacun et questionnant la finalité d'abstinence, aura également entraîné une diversification des référentiels de prise en soin. La réduction des risques, les traitements de substitution aux opiacés, la consommation contrôlée, l'abstinence, chacun de ces référentiels peut ainsi aujourd'hui représenter une étape dans le processus de rétablissement, un moyen utile à se déterminer dans ses besoins ou encore une finalité à atteindre. Les réponses et les moyens pour s'extraire d'une situation de trop grande souffrance et retrouver dignité, sont désormais variées, représentant autant d'alternatives valables, dans des contextes d'accompagnement et de soin aujourd'hui multiples.

Si le dispositif en addictologie s'est étoffé au fil du temps et que les alternatives permettent à chacun de bénéficier d'un accompagnement qui corresponde au mieux à ses ressources et ses besoins, certaines questions restent en suspens :

- Comment penser la santé au travail pour les collaborateurs des institutions, dans des contextes très sollicitants et où les ressources financières diminuent ?
- Considérant que les usagers et les patients cheminent plus librement d'un cadre de soin à l'autre, comment penser la question du case management ; sachant que celle-ci se pose actuellement souvent à l'échelon de l'aide sociale, en fonction de ressources, notamment financières ?
- *Réduction des risques, tolérance de consommation, encadrement de la consommation* : on travaille désormais avec le problème, sans plus en faire un tabou. Toutefois, cela pose la question de qui assume la responsabilité des prises de risques ; surtout quand celles-ci se déroulent à l'intérieur de l'institution (et parfois avec des substances encore illicites).

Ainsi, depuis 40 ans, dans le champ de l'addictologie, de nouvelles perspectives se sont ouvertes, mais de nouveaux défis viennent renouveler sans cesse un champ professionnel en évolution constante. Il y a fort à parier que l'évolution en cours à Neuchâtel, dont l'ampleur se précisera à la fin de l'année 2020 - comme l'a précisé en introduction Madame Maire-Hefti, conseillère d'État - va se développer en ajustements successifs des dispositifs institutionnels. Des contraintes et des exigences parfois complémentaires, parfois contradictoires, voire parfois paradoxales devront être « pensées » tant par les pouvoirs publics, les milieux du travail social, socio-sanitaire et socio-éducatif dans une écoute renouvelée des attentes des usagers.



Dans les débats qui ont permis aux professionnels de se retrouver, de débiter et souvent de poursuivre des réflexions déjà engagées, des thèmes et des questions ont été mis en évidence.

Des phrases courtes, des mots-clés sont répertoriés et commentés plus bas afin d'en évoquer la valeur réflexive. Sorti du contexte du travail des groupes et de leur restitution devant le plénum, il serait vain de les organiser en un propos global structuré. Ils sont d'ailleurs traités dans les pages qui suivent sans ordre de priorité, indiquant simplement que des préoccupations, tout comme des amorces d'élaboration de solutions, accompagnent les réformes décidées par l'Autorité politique. Dans ce contexte, ce seront les liens entre les structures mais aussi les échanges entre professionnels, comme le débat public en général, qui permettront progressivement de synthétiser ces idées, de faire émerger de nouveaux équilibres créateurs de sens et d'une action sociale en étroit lien avec les défis de notre époque.

L'expression « les travailleurs sociaux » est par ailleurs à prendre ici au sens large, impliquant les métiers traditionnels dans ce domaine, des fonctions nouvelles ou émergentes, mais aussi des intervenants du champ sanitaire dont l'action se déroule en lien avec des individus ou des familles qui sont bénéficiaires d'actions en protection de l'enfant ou de l'adulte.

Elément évoqué lors des échanges	Mise en perspective réflexive
L'importance de la famille.	<p>Celle-ci est mobilisée, en tant que ressource, plus fortement que dans le passé. On la souhaite plus présente autour de la personne âgée, comme autour de l'enfant, dans une époque où elle peut aussi se montrer plus fragile (au travers d'une divortialité en hausse) et parfois plus isolée. Valorisée dans cette perspective, comment vit-elle sa possible mise en cause dans le cadre des situations de protection des mineurs, par exemple ? Assiste-t-on à un renouveau d'un discours « <i>familialiste</i> » (selon l'expression utilisée par un-e participant-e) qui verrait des prestations sociales être remises en cause au bénéfice de prestations envisagées comme « naturelles » des parents et des familles ?</p>
Travail en réseau et plus largement enjeux du travail pluridisciplinaire.	<p>Plusieurs remarques sont allées dans le sens de mettre en évidence la complexité du dispositif et l'importance du travail d'accordage à envisager dès lors que se développent des interventions pluridisciplinaires, plus ou moins formellement considérées comme du « travail en réseau ». L'enjeu de la coordination des pôles institutionnels ayant un fort ancrage symbolique, comme la psychiatrie, l'école ou encore la protection de l'enfant et de l'adulte, par exemple, peut être difficile à maîtriser. La confiance entre partenaires est essentielle (mais elle ne se décrète pas).</p> <p>Par ailleurs si des frontières existent entre les dispositifs d'accompagnement, d'autres peuvent naître lors du passage entre la minorité et la majorité. La mobilisation de ressources étendues, issues de plusieurs corps professionnels, peut naturellement être un apport important. Mais cela peut aussi déboucher sur une multiplicité d'interventions difficiles à gérer et surtout à vivre par les usagers. Dans ce contexte, la valeur de la bonne gestion de la confidentialité dans les communications a été soulignée.</p>
Des ressources...	<p>Si « plus de ressources » n'est pas une garantie en soit de meilleur fonctionnement, « moins de ressources » peut générer des problèmes insidieux qui disqualifient le travail de structures ayant par ailleurs fait un effort de redimensionnement et de redéploiement de leurs moyens. Ici la ressource « temps disponible » a été particulièrement mise en évidence.</p> <p>Les compétences disponibles dans un système institutionnel (leur maintien au travers des évolutions souhaitées ou leur perte par dispersion lors de départs successifs) comptent aussi, ainsi qu'évidemment la question des ressources financières mises à disposition par le Canton (ou la Confédération). L'enjeu du pilotage des ressources et de leur attribution devient donc crucial dans un tel contexte.</p>

Élément évoqué lors des échanges	Mise en perspective réflexive
Archiver	Archiver c'est aussi bien mettre des choses en lieu sûr (comme source de savoir ; comme traces du passé ayant du sens et pouvant nous inspirer, etc.) que de procéder à l'élimination d'éléments devenus inutiles. Une distinction utile a été proposée à ce sujet : « <i>il s'agit d'archiver des dispositifs et non des compétences</i> »
Face aux contraintes qui pèsent sur le contexte institutionnel, quelles pistes explorer pour développer des solutions pertinentes ?	Le bilan qui peut être fait de l'action des politiques suivies jusqu'ici, des structures, des initiatives prises par des professionnels, etc. comporte sa part d'ombre (les échecs ; les routines ; les dés-accordages avec les besoins des usagers, etc.) mais aussi sa part de réussite, d'initiatives prometteuses et de services rendus à des familles et personnes en grande difficulté. À partir de ce constat, « <i>modéliser ce qui se passe bien</i> » est un effort qui pourrait être très payant. Il implique que des professionnels de l'action socio-éducative traduisent leurs pratiques en concepts (ce qui n'est pas un effort banal) et que des professionnels des offices conceptualisent sur un autre plan de leur côté l'expérience positive de certains dispositifs, de certaines trajectoires, etc. Partir de « <i>ce qui fonctionne</i> » permet certainement d'avancer plus rapidement mais aussi d'améliorer le degré de cohérence des pratiques communes.
Être créatif : banalité ou vraie perspective ?	<p>Dans des remarques, dans des suggestions, la question de la créativité professionnelle est apparue à plusieurs reprises. Dans des domaines où une compétence majeure des travailleurs sociaux est d'abord de « <i>survivre</i> » (psychiquement) à l'impuissance pour pouvoir trouver, au-delà de cette frontière, les moyens d'avancer quand même, la créativité est une ressource réelle, largement entraînée.</p> <p>Évoquée comme solution « <i>magique</i> » à tout manque de ressources, de structures ou de stratégie des interventions, la créativité pourrait être (vécue comme) « <i>cache-misère</i> ». Il n'en demeure pas moins que c'est bien dans la confrontation aux limites, dans le vécu de périodes de basculement, que des initiatives instituant (chargées donc de nouveauté, de remise en question des habitudes) aboutissent souvent.</p>

Élément évoqué lors des échanges	Mise en perspective réflexive
Entre-deux	<p>La situation de la protection de l'adulte et de la jeunesse a été plusieurs fois décrite comme étant dans un « <i>entre-deux</i> » entre un ancien dispositif en partie démantelé et un nouveau qui est postulé. Entre des solutions naissantes (le recours aux familles d'accueil, par exemple) et leur plein développement ; entre des prescriptions et leur évaluation à la fin de l'année 2020, etc.</p> <p>L'entre-deux peut être le temps de l'incertitude et de la paralysie dans l'action. Parfois, il peut ainsi se réduire au « <i>wait and see</i> », comme le disait quelqu'un. Il peut aussi être le temps de la nuance, celui qui permet de penser. A ce sujet, la sécurité offerte (ou non) pour penser justement, pour expérimenter, proposer des solutions est essentielle pour revenir du côté clair de l'entre-deux. Cette sécurité naît du dialogue, du respect et du refus de la disqualification au quotidien, posture essentielle mais pas toujours facile à incarner, quelle que soit notre position dans l'ensemble du champ de la protection de l'enfance et de la jeunesse.</p>
Prendre des risques...ou pas ?!	<p>La thématique de la prise de risque a probablement été la plus citée au cours de cette journée. De multiples notations ont mis en évidence la tension contradictoire, peut-être parfois paradoxale, qui se joue à ce propos :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aller vers des dispositifs moins contenant mais devoir tenir compte d'une évolution sociale qui va vers le « risque zéro ». - Il y a peut-être une tendance à augmenter des partages de prises de risques, mais qu'en est-il en cas d'enjeu juridique ? Sommes-nous alors traités de la même manière, compte tenu des statuts différents des intervenants ? Probablement non. - Protéger le mieux possible inhibe les prises de risque mais celles-ci sont indispensables dans les actes éducatifs et la prise d'autonomie, qui sont intrinsèquement porteurs et porteuses d'un potentiel de protection. - La meilleure assurance anti « risques » est probablement la capacité d'être en lien authentique avec des usagers. Mais certaines évolutions globales (la bureaucratisation de l'action sociale, par exemple) diminuent le temps et les opportunités de cultiver ces liens. A ce propos, quelqu'un utilisait une formule très claire : « <i>Ce ne sont pas les murs (des institutions, des lieux de soins, etc.) qui protègent le mieux, ce sont les liens !</i> ». - Chacun peut être enfermé dans « son » risque. Or différents risques existent dans des milieux résidentiels et ambulatoires, ces derniers laissant d'ailleurs les professionnels très exposés. - Comment « risquer ensemble » dans un contexte sociétal qui isole plutôt les individus dans leur responsabilité personnelle ? <p>Une chose est certaine pourtant : de la même manière que l'on ne peut pas « <i>ne pas communiquer</i> », on ne peut pas, dans ce travail au quotidien de protection de l'enfant et de la jeunesse, ne « <i>pas prendre de risques</i> » !</p>

Élément évoqué lors des échanges	Mise en perspective réflexive
Temporalité des interventions	<p>L'importance de la détection précoce de problématiques (notamment dans le domaine de protection de la jeunesse mais pas uniquement) fait l'unanimité. En même temps, la crainte de stigmatiser inutilement des enfants, des familles, etc. fait partie de « l'héritage » des professionnels du travail social actuel. On peut certainement conjuguer ces deux exigences pour autant que le sens de l'intervention soit porté, en conscience, par les intervenants concernés mais aussi par les dispositifs d'encadrement de l'action sociale.</p> <p>Par ailleurs, l'importance d'accompagnements au long cours qui assument une vraie continuité historicisée de l'individu ou de la famille est bien reconnue. Le morcellement des interventions, l'apparition sans cesse renouvelée de nouveaux acteurs autour d'une personne fragile, dans le temps long de sa vie, peut être délétère. Or comment assumer cette fonction dans un contexte professionnel où les gens changent plus souvent et plus rapidement de travail mais aussi dans un contexte qui, en remaniant les ancrages institutionnels, alimente les risques de ruptures de liens entre usagers et intervenants ?</p>
Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte	<p>Peu citée lors de cette journée, leur action est essentielle dans les domaines que nous avons abordés. Comment favoriser des accordages tout en respectant les différences de statut, de fonction et de rôles ?</p>
Autodétermination	<p>Si un certain consensus va dans le sens de soutenir une plus grande auto-détermination des usagers, celle-ci amène à envisager différemment les conséquences de l'action sociale. Il est possible que nous pensions actuellement déjà l'autodétermination comme largement acquise, tout en souhaitant une action sociale encore très encadrante et pas toujours respectueuse des initiatives et prises de risques des usagers.</p> <p>Par ailleurs, comme toute perspective idéale (l'inclusion sur le plan scolaire, par exemple), la question de « penser les limites » de l'autodétermination est une tâche ardue.</p>

Élément évoqué lors des échanges	Mise en perspective réflexive
<p>Qu'en pensent les usagers ?</p>	<p>S'il ne s'agit pas de confondre les identités, les places, etc. il ne s'agit pas non plus de parler « à la place » des usagers dans une évolution globale qui favorise la participation des familles et des enfants. Dans ce domaine beaucoup reste à faire.</p> <p>Favoriser des espaces d'expression, apporter la garantie qu'une parole fragile ne soit pas instrumentalisée, soutenir des prises d'initiative... À propos de ces questions, les travailleurs sociaux ont un champ d'une ampleur considérable pour faire évoluer les dispositifs actuels de prise en charge.</p> <p>Certes, le caractère expert des usagers, tel que postulé dans certains domaines, n'est pas facile à développer dans le champ de la protection de l'adulte et de l'enfant. Il y néanmoins des perspectives à explorer : aller à la recherche de paroles qui ne portent pas que sur l'expérience individuelle, mais aussi sur le vécu collectif ; donner des responsabilités à des usagers² à la hauteur de leurs possibilités comme partenaires (avec leurs qualités et leurs limites) dans des espaces de gestion institutionnelle ; aborder les familles non comme des objets d'action éducative ou de soin, mais aussi comme capables d'être partie prenante d'un dialogue créateur de sens ; prendre en compte le projet parental de l'enfant ou le projet personnel de l'adulte dans ce qu'il a de profondément relié à une histoire et donc à un sens... malgré les non-sens de sa mise en acte actuelle ; etc.</p> <p>Dans tous les cas, il est certainement réducteur d'envisager le champ de l'action sociale cantonale comme une série de relations duelles : professionnels de l'éducation versus professionnels des offices de protection ; ou alors acteurs de l'action sociale versus forces politiques. La triangulation de ces espaces pour inclure désormais les usagers, que ceux-ci soient des individus, des familles ou encore des associations est probablement une étape lourde de sens mais aussi de promesses à venir.</p>

Michel Favez et Ann Tharin, février 2020 (v1.2)

² On peut penser aux pair-e-s praticien-ne-s en psychiatrie, par exemple, dont le vécu de la maladie psychique mais aussi le vécu de l'institution psychiatrique est à l'origine de compétences spécifiques.