

esprit(s)

Exister. Oser. Agir.

Tribune

*Addictions et accès aux régimes sociaux :
une course d'obstacles ?*

Décryptage

Changement climatique et santé mentale

Témoignage

*Les dérives de la réinsertion
professionnelle à tout prix*

Dossier

Les maltraitances administratives





COLLÈGE DE RÉTABLISSEMENT

Formation
aux pouvoirs d'agir
en santé psychique

Un projet-pilote
de l'association romande
Pro Mente Sana



recoverycollege.ch

022 718 78 58

ÉDITO

Maltraitance administrative et troubles psychiques

Les troubles psychiques ont cette particularité d'avoir un effet limitant sur les fonctions humaines au niveau comportemental et existentiel. Ils peuvent affecter, pendant des périodes plus ou moins longues, la vie quotidienne des personnes qui en souffrent et se répercuter sur les plans émotionnel, cognitif, relationnel et physique ainsi qu'influencer leur comportement. Mais les troubles psychiques ont une autre particularité : on ne les voit pas ! Les personnes touchées ne présentent généralement pas de distinction physique particulière, ce qui rend la compréhension de cette souffrance d'autant plus difficile par celles et ceux qui ne sont pas atteints dans leur santé psychique.

Dans ce nouveau numéro d'*Esprit(s)*, il nous semblait particulièrement important d'aborder dans notre dossier thématique un phénomène qui ne se voit pas non plus : la maltraitance administrative. Il n'est déjà pas toujours évident de vivre avec des souffrances psychiques quelles qu'elles soient, mais c'est encore pire lorsque l'on se retrouve face à un système qui ne prend pas en compte les difficultés liées à la maladie.

La maltraitance administrative n'est pas facile à définir, puisqu'elle peut prendre plusieurs formes et aller de l'incompétence souriante d'un-e préposé-e à la violence institutionnelle qui disqualifie une demande légitime. Elle se manifeste par des informations confuses, partielles, voire contradictoires, délivrées par différentes autorités. Elle peut aller jusqu'à sanctionner le comportement même qui donne droit à une prestation... quand elle ne se présente pas comme une coquille vide inapte à fournir l'aide qui motive son existence, comme vous le découvrirez dans le témoignage « Entre droit et réalité : les rapports entre un étudiant et une bureaucratie dissuasive » (*lire en page 20*).

La société dans laquelle nous vivons met en place des mécanismes, des assurances, des institutions ayant pour mission de venir en aide aux personnes les plus vulnérables et démunies. Cependant, le problème est que l'on demande à ces individus en souffrance d'aller chercher de l'aide et qu'on ne leur vient pas en aide spontanément. Ainsi, prouver sa pauvreté à coups de fouilles archéologiques dans ses papiers peut être plus décourageant que d'y faire face. D'ailleurs, pour faire ce choix, il faudrait déjà savoir que l'on peut bénéficier d'une aide et où aller la chercher.

On adresse alors les personnes concernées à différents services, en leur demandant de faire confiance aux interlocuteurs et interlocutrices qui les prennent en charge, tout en leur faisant porter la responsabilité des défaillances, des oublis ou des négligences éventuels de ces services. Ainsi, il existe une contradiction claire entre le but d'assistance de ces institutions et leurs objectifs d'autonomisation qui passent par la responsabilisation, voire la punition des usagers et usagères en état de faiblesse. Nous qualifions donc de maltraitance administrative toutes les absurdités, aberrations et contradictions pouvant découler du système.

La maltraitance administrative dont nous parlons ici ne se confond pas avec l'illégalité : tout ce qu'elle produit est conforme à la loi, même si l'utilisateur ou l'utilisatrice en ressort meurtri-e, parfois humilié-e. Est-ce le pire de son effet que d'être inattaquable, de ne donner prise à aucun recours ? Vous trouverez dans notre dossier thématique un aperçu des formes que peut prendre ce type de maltraitance. ●

Daniela Camelo (Secrétaire générale ad interim)

Sommaire

03

Édito

06

Dossier

Les maltraitances administratives :
tentative de définition

11

Tribune

Les services publics et
la différence

12

Juridique

Secourir et punir

15

Tribune

Addictions et accès aux régimes
sociaux : une course d'obstacles ?

18

Témoignage

Les dérives de la réinsertion
professionnelle à tout prix

20

Témoignage

Entre droit et réalité :
les rapports entre un étudiant et
une bureaucratie dissuasive

22

Prévention

Stress chronique et Covid

28

Réflexion

Et si on parlait d'argent ?

29

Zoom

Diminuer et arrêter
les antipsychotiques

24

Décryptage

Quand les bouleversements climatiques
impactent notre santé mentale

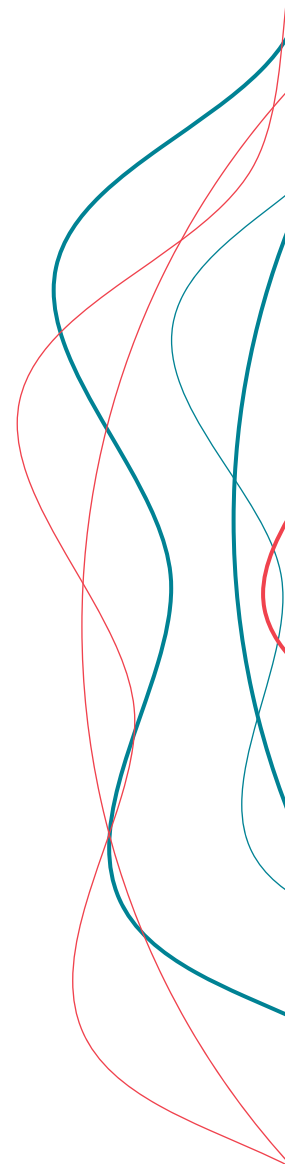
30

Infos pratiques

26

Éclairage

Des soins à domicile pour améliorer
le bien-être en santé mentale





Dossier

Les maltraitances administratives : tentative de définition

Il n'est pas rare de rencontrer l'expression maltraitance ou violence administrative. Particulièrement explicite, celle-ci émane le plus souvent du témoignage de personnes s'attachant à décrire les obstacles, aussi bien matériels que symboliques, rencontrés à travers leurs interactions avec les services de l'administration publique, notamment en matière de prestations sociales et sanitaires.

Par : *Émilie Rosenstein,*
professeure à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne

Relayés par les associations et autres organes de défense des usagers et usagers, les récits de maltraitance ou de violence administrative décrivent à la fois les méandres des complexités institutionnelles mais aussi le sentiment d'être méprisé-e dans son bon droit, exprimé généralement par des personnes en situation de vulnérabilité en quête d'une forme de soutien et de reconnaissance. À ce titre, les maltraitements administratifs méritent toute notre attention. Pourtant, la littérature scientifique, qui a abondamment documenté les vicissitudes de la vie au guichet, n'offre pas de définition claire de ce que sont et de ce qui fait les maltraitements administratifs. Nous nous proposons ici de combler cette lacune afin de mieux comprendre les causes de ce phénomène, les discours qui l'expriment et peut-être, *in fine*, de mieux y répondre en nous inspirant des études sur le non-recours aux prestations sociales.

LE NON-RECOURS COMME SYMPTÔME DE DÉMARCHES COÛTEUSES À PLUS D'UN TITRE

L'enjeu du non-recours fait référence à la situation de personnes qui, bien qu'elles remplissent les critères d'éligibilité à une prestation ou un service, n'en bénéficient pas. En d'autres termes, le non-recours vient mettre en évidence l'écart qui peut apparaître entre le public des ayants droit tel qu'il est défini par une politique et celui de ses bénéficiaires effectifs. Ce phénomène aux causes multiples est loin d'être anodin, le taux de non-recours allant de 20 à 60 % selon les prestations et les pays concernés. Il existe plusieurs typologies des formes et causes du non-recours. Nous suggérons ici de nous référer à celle élaborée par trois économistes ayant mis en lumière quatre déterminants du (non)recours aux prestations sociales. Ceux-ci comprennent, d'une part, les « déterminants financiers », qui recouvrent le montant et la durée des prestations, et, d'autre part, trois types de coûts pouvant survenir dans une démarche de recours : les « coûts informationnels », qui renvoient aux difficultés que les personnes peuvent rencontrer dans l'acquisition de connaissances relatives aux prestations existantes et dans la compréhension des critères d'éligibilité ; les « coûts administratifs », en particulier quand les démarches sont longues et complexes et que l'issue de la procédure apparaît incertaine (autrement dit, quand les critères d'octroi sont peu intelligibles, qu'ils reposent sur un haut degré d'expertise ou sur une marge d'appréciation discrétionnaire qui empêchent d'anticiper la décision de l'administration) ;

et enfin, les « coûts psychologiques et sociaux », qui font référence aux stigmates et attitudes négatives à l'égard des personnes faisant appel à des prestations sociales (que ce soit dans le cadre des interactions avec les professionnel-le-s de la protection sociale ou dans la société plus généralement).

La logique est simple : plus ces coûts sont élevés, plus le risque de non-recours est important, que ce soit par non-demande ou par abandon de celle-ci. Dans cette perspective, le non-recours ne se résume pas uniquement à un problème de non-connaissance des dispositifs d'aide ou à la qualité des informations disponibles (Les prestations sont-elles connues ? Les démarches pour déposer une demande sont-elles claires ?). Encore faut-il se demander comment ces dispositifs sont conçus, quelles procédures et ressources sont employées dans le traitement des demandes et quelles normes et jugements de valeur sont associés aux personnes recourantes. On commence alors à cerner comment le cumul de ces mécanismes, qui peuvent être matériels (la complexité des documents à réunir pour constituer un dossier, la durée pour l'obtention d'une réponse ou tout simplement le temps d'attente au guichet) ou symboliques (la maîtrise du langage de l'administration, le sentiment d'être reconnu-e comme légitime, de pouvoir s'exprimer et être entendu-e ou, au contraire, de passer pour « un profiteur » ou une « profiteuse », quelqu'un qui ne ferait pas tous les efforts nécessaires pour s'en sortir, etc.), peut conduire à des formes de découragement. Or, ce sentiment de découragement est non seulement facteur de non-recours, mais il est aussi l'expression d'une inadéquation des politiques sociales et sanitaires qui apparaît d'autant plus paradoxale et potentiellement maltraitante qu'elle émane de personnes en situation de vulnérabilité, justement en quête de soutien et de reconnaissance à l'égard des difficultés qu'elles rencontrent.

UN ENJEU SOCIAL ET SYSTÉMIQUE ET NON STRICTEMENT INDIVIDUEL

D'un point de vue sociologique, cette lecture économique du non-recours peut paraître quelque peu limitée, dans la mesure où elle lit les actions individuelles à travers le prisme de l'*homo œconomicus*, cherchant à maximiser son avantage sur la base d'un calcul coûts-bénéfices somme toute réducteur. Cette analyse présente toutefois un double intérêt dans la compréhension du rapport à la protection sociale et des maltraitements administratifs. Premièrement, elle permet

de mettre en perspective l'attractivité ou la désirabilité des prestations sociales. En effet, bien des dispositifs sont conçus sur la base du postulat d'inspiration comportementaliste selon lequel les individus sont nécessairement attirés par la perspective du moindre effort que représenterait le fait de bénéficier de prestations sociales, plutôt que de travailler par exemple. Or, l'analyse proposée ici permet de nuancer cette lecture. Elle montre que le recours aux prestations sociales ne constitue jamais un gain absolu, mais doit plutôt se comprendre comme un compromis entre des intérêts et des coûts – qu'ils soient matériels ou symboliques –, ces derniers pouvant être insurmontables dans certains cas et conduire au renoncement.

Deuxièmement, cette approche souligne le fait que notre rapport aux dispositifs de protection sociale ne saurait être expliqué par des paramètres strictement individuels ou comportementaux. Bien au contraire, il apparaît ainsi clairement que le recours comme le non-recours aux

prestations sociales sont influencés par des paramètres sociaux, voire systémiques, au premier rang desquels on trouve la conception même de ces dispositifs et leurs procédures, qui peuvent produire plus ou moins de non-recours. Au-delà de l'intentionnalité que véhicule le plus souvent la notion de maltraitance, l'analyse par le prisme du non-recours permet de mettre en évidence le fait que les maltraitances administratives ne découlent pas nécessairement de la faute ou de la mauvaise volonté d'une personne, de rapports interindividuels, mais bien plutôt de facteurs structurels et organisationnels. La question des ressources disponibles (en termes de personnel, de temps, de prestations, etc.) pour mener à bien les objectifs poursuivis par les politiques sociales et sanitaires est ici essentielle. À défaut, une dotation insuffisante peut, de manière structurelle, engendrer des retards dans la prise en charge, voire pousser les professionnel·le·s à prendre des décisions trop rapides et ainsi alimenter le risque de maltraitance administrative.

SANTÉ MENTALE ET RISQUE DE NON-RECOURS

Les mécanismes décrits ci-dessus s'avèrent d'autant plus importants à l'endroit des personnes atteintes dans leur santé mentale. En effet, celles-ci sont tout particulièrement exposées au risque de non-recours et, par extension, à des formes de maltraitance administrative. Les études disponibles permettent de dégager plusieurs explications. Tout d'abord, les personnes souffrant de maladies psychiques sont plus fortement exposées à un risque de déni de leur situation ou de leurs besoins. Or, il s'agit bien souvent d'une condition incontournable pour envisager de recourir à une aide. De plus, le risque de déni ne se limite pas à la personne malade elle-même et peut également concerner son entourage, voire les professionnel·le·s qui l'accompagnent, y compris dans le domaine de la santé. Les maladies psychiques, comme tous les handicaps dits invisibles, connaissent un risque accru de non-recours, qui peut s'accompagner de phénomènes de maltraitance particulièrement virulents en cas de déni ou de non-reconnaissance de la maladie et des souffrances qu'elle engendre par le corps médical ou par les professionnel·le·s de l'accompagnement social ou sanitaire plus généralement.

À cela s'ajoute le fait que, comme toutes les maladies chroniques, les atteintes d'ordre psychique sont variables

Les personnes souffrant de maladies psychiques sont plus fortement exposées à un risque de déni de leur situation ou de leurs besoins. Or, il s'agit bien souvent d'une condition incontournable pour envisager de recourir à une aide.

Émilie Rosenstein

dans le temps. Elles sont donc potentiellement plus difficiles à décrire et à exprimer pour les personnes qui en souffrent et plus complexes à cerner pour les expert-e-s de la santé, que ce soit sur le plan du diagnostic ou de la prise en charge. Le cumul de ces difficultés vient renforcer le risque de non-recours, un état de santé stabilisé étant le plus souvent une condition pour déterminer le droit à des prestations sociales. Ce faisant, la difficulté à établir un diagnostic peut venir prolonger le doute sur la légitimité du besoin ou de la demande formulée, confinant les personnes souffrant de maladies psychiques à un exercice d'autojustification répété pour faire la preuve de leurs difficultés, qui peut à nouveau apparaître comme maltraitant ou humiliant et conduire à l'abandon des démarches de demande d'aide. Enfin, rappelons que les problématiques ayant trait à la santé mentale sont l'objet de stigmates particulièrement forts. Or, comme nous l'avons vu, la crainte de cette stigmatisation constitue un facteur important de non-recours. Ainsi, les représentations sociales négatives associées aux maladies psychiques peuvent conduire les personnes qui en souffrent à ne pas recourir aux aides pourtant disponibles, de sorte à échapper au stigmate et aux formes de catégorisation sociale qui pourraient en découler.

ÉCOUTER LA PAROLE DES USAGERS ET USAGÈRES

Dans le contexte des politiques sociales suisses, qui insistent fortement sur l'importance des démarches de détection précoce, en particulier à l'égard des personnes atteintes de maladies psychiques, il apparaît d'autant plus important de saisir ces différentes facettes du recours aux prestations sociales, afin de corriger les obstacles et limiter les coûts qui peuvent entraver ces démarches. À ce titre, donner la parole aux usagers et usagères et prendre en compte leur expérience est un enjeu crucial et sans doute le moyen le plus efficace pour lutter contre les maltraitements administratifs et contre le non-recours plus généralement. ●



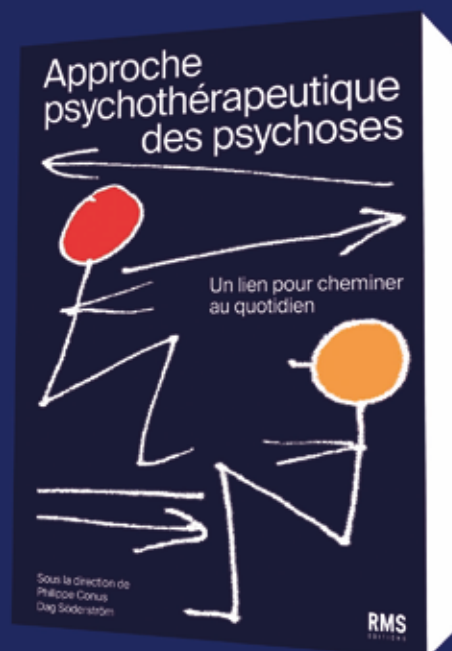
Approche psychothérapeutique des psychoses

Un lien pour cheminer au quotidien

Sous la direction de
Philippe Conus et Dag Söderström

RMS
EDITIONS
MH

16.5 x 23.5 cm
555 pages
ISBN: 9782880494674
55 CHF, 55 euros
© 2021



Approche psychothérapeutique des psychoses

Sous la direction de Philippe Conus et Dag Söderström

Par crainte et par méconnaissance, les approches psychothérapeutiques des troubles psychotiques sont trop souvent mises de côté, alors même que les patients témoignent de plus en plus de leur besoin vital d'être écoutés et compris dans leur recherche de sens à cette expérience. La position psychothérapeutique, qui met au centre du soin l'écoute de la personne, est essentielle dans tous les parcours en psychiatrie; pourquoi est-elle souvent considérée comme impossible avec les patients présentant une psychose?

Bien au contraire, comme démontré tout au long de cet ouvrage, qui s'appuie sur des exemples cliniques et des témoignages, elle est indiquée dans la psychose, et la pensée psychothérapeutique peut et doit imprégner tous les actes thérapeutiques, quel que soit le lieu du soin.

COMMANDE

Je commande :

___ ex. de **Approche psychothérapeutique des psychoses**
CHF 55.- / 55 €

Frais de port offerts pour la Suisse.
Autres pays: 5 €

En ligne: boutique.revmed.ch

e-mail: livres@medhyg.ch

tél: +41 22 702 93 11, **fax:** +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à:

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....
.....
.....

Date et signature

.....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:

.....

TRIBUNE

Les services publics et la différence

Par : Jocelyne Haller, assistante sociale, membre de l'Observatoire de l'aide sociale et de l'insertion et de l'Association professionnelle suisse du travail social (AvenirSocial)

Depuis quelques années, il apparaît que les préalables incontournables dans l'établissement d'une relation de confiance, ou du moins dans la mise en place d'une juste interaction entre un·e administré·e et une administration, ne sont plus de mise et cèdent le plus souvent le pas à une forme de dépersonnalisation, de déshumanisation de la relation. De plus en plus souvent, les personnes qui s'adressent à ces institutions sont rabrouées pour cause de saturation des services ou d'exigences administratives pléthoriques et/ou rédhibitoires. Elles n'ont alors que le choix de s'insurger et d'insister pour faire valoir leurs droits – quitte parfois à hausser le ton pour y parvenir – ou de rejoindre le lot des « repoussé·e·s », des laissé·e·s pour compte, celui des victimes de l'exclusion et du non-recours. Plus grave encore, ils et elles peuvent être rebuté·e·s pour des motifs comportementaux ou des formes de désinhibition qui altèrent la communication.

De tout temps, divers services ont eu de la peine avec la gestion de la différence. Il était alors d'usage de réorienter ces personnes vers des services spécialisés, des interfaces sociales ou médicales afin qu'une médiation puisse opérer. Or, celles et ceux qui faisaient office de trait d'union semblent avoir développé depuis quelques années une forme de réfraction à l'égard de tout ce qui dérange, de tout ce qui n'entre pas dans les standards conventionnels d'échanges.

Ce sont moins les professionnel·le·s qui sont à l'origine d'un tel changement de posture que l'introduction de la nouvelle gestion publique et les politiques d'austérité des trente dernières années. Progressivement, les notions de rationalisation et d'efficacité sont venues compléter les concepts d'empathie et respect des droits des usagers et usagères.

Aussi critiquables que soient de telles pratiques dans le domaine des services publics en général, elles deviennent « coupables » d'un déni de vocation lorsqu'elles se déploient

en particulier dans les services sociaux. Faut-il le rappeler, les services sociaux sont par essence des organismes qui ont pour vocation d'aider, de soutenir des personnes en difficulté. À ce titre, ils se doivent de garantir, plus que tous autres, une écoute particulière à toutes celles et ceux qui les sollicitent ; et cela, quel qu'en soit le mode d'interpellation : la rudesse, le ton inadéquat, le décalage. Non pas que les fragilités ou les troubles psychiques autorisent les personnes qui en souffrent à malmenager les travailleur·euse·s sociaux·iales ou à ne pas faire d'efforts pour entrer en relation avec celles et ceux-ci. Cependant, il serait particulièrement injuste et dénué de sens que des personnes soient exclues de ces services en raison des motifs qui fondent précisément leur besoin d'aide.

Les professionnel·le·s de l'action sociale sont formé·e·s à entrer en relation avec des personnes qui présentent ces profils et sont donc en mesure d'y faire face. La surcharge endémique dont souffrent la plupart des services, la procédurisation des pratiques professionnelles, sont à double titre dommageables : pour les professionnel·le·s autant que pour les usagers et usagères. Toutefois, si elles peuvent expliquer pourquoi des travailleur·euse·s sociaux·iales sont en peine de respecter leur code de déontologie, ces phénomènes ne peuvent en aucun cas justifier le rejet des personnes requérant une aide, au motif qu'elles ne maîtrisent pas ou plus les codes usuels de communication ou les usages administratifs.

Aujourd'hui, il y a un enjeu central autour de la réacquisition du sens et des valeurs du travail social. Il y a une impérieuse nécessité de remobilisation des professionnel·le·s afin de réinstaurer les fondamentaux de l'intervention sociale. Il y a tout autant des communautés d'intérêts, des solidarités à établir entre professionnel·le·s et usagers et usagères. ●

JURIDIQUE

Secourir et punir

Par : Shirin Hatam, juriste de l'Association romande Pro Mente Sana et responsable de la permanence juridique de l'association

Les lois destinées à secourir les personnes en difficulté sont parfois conçues si maladroitement qu'elles aggravent les difficultés qu'elles sont censées aplanir.

L'homme moral quitte la salle quand l'homo economicus y entre¹.

Celles et ceux qui ont le bonheur de n'avoir besoin d'aucune solidarité et d'aucun service (ou de pouvoir se payer ceux auxquels nul·le n'échappe), peuvent ignorer ce que notre État social exerce de tyrannie pour octroyer ses bienfaits. L'ordre juridique qui nous administre et nous protège s'enquiert de nos circonstances², vérifie méticuleusement qu'elles correspondent à son devoir de protection³, s'informe⁴ et nous observe, même secrètement⁵. Loin d'agir avec bienveillance, il nous oblige à deviner ce qu'il ne nous demande pas explicitement de lui fournir⁶ : autant d'occurrences qui lui permettront de nous considérer comme des abuseurs ou des abuseuses, des étourneaux ou des ingrat·e·s, et de nous châtier en nous refusant les moyens d'exister⁷. L'évolution du monde vers une responsabilisation accrue de chacun et chacune, obligeant à une stricte vigilance dans le traitement de ses affaires personnelles, n'est pas étrangère à la disqualification des moins averti·e·s d'entre nous. Sans compter que la complexité de l'État social débouche facilement sur des injonctions contradictoires à l'entendement d'une personne honnête. Enfin, l'obsession d'économiser les deniers publics sans restreindre ouvertement les prestations n'est pas la moindre cause des brutalités que subissent les ayants droit dans leurs relations avec les assureurs sociaux.

MANIFESTATIONS QUOTIDIENNES D'INSENSIBILITÉ ADMINISTRATIVE

Cette dame dont le CV élaboré par une coach privée est mis à la poubelle par sa conseillère en placement de l'assurance chômage ; ce monsieur de 58 ans qui, tous les six mois, doit dérouler sa vie à une nouvelle assistante sociale de 25 ans le catéchisant sur la façon de se prendre en main ; cette dame en mesures de réinsertion que sa conseillère AI encourage à augmenter son temps de travail alors que son médecin le lui déconseille ; et celle qui, du fond de son lit d'hôpital, est sommée de lever tous les secrets, faute de quoi les indemnités journalières maladie seront coupées⁸ : ne peuvent-ils et elles espérer un peu de tact ou de courtoisie à l'ère de l'intelligence émotionnelle ?

POURQUOI TANT D'INDIFFÉRENCE ?

Le contrôle maniaque des bénéficiaires ajoute fatalement de l'inhumanité au zèle

Il y a des procédures qui vous déshabillent pour ménager l'argent public : lorsque le Service social de la ville de Fribourg s'acharne sur la vie intime d'un couple à l'aide

sociale, n'hésitant pas à soumettre le nombre de leurs nuits sous le même toit à une surveillance policière, puis à les dénoncer pénalement⁹, il cherche les économies au détriment de l'honneur et du respect. À cet exemple s'ajoute l'histoire récurrente de l'ayant droit à qui on réclame systématiquement le remboursement de toute l'aide reçue sans procéder à des investigations sur le montant réellement perçu en trop¹⁰.

Le droit n'est pas élaboré par celles et ceux auquel·le·s il s'applique

Le droit civil prévoit que toute personne placée dans un hôpital psychiatrique puisse être assistée d'une personne de confiance de son choix¹¹. Malheureusement, beaucoup de patient·e·s, trop isolé·e·s par la maladie, n'ont pas pu tisser avec leurs frères humains des liens assez étroits, profonds et durables pour bénéficier de cette aide. Et la réalité d'enrayer le droit à l'assistance : un mécanisme inaccessible aux patient·e·s psychiques les déconsidère et leur fait porter le poids d'un impossible secours. Sans surprise, l'ordre juridique s'adresse à des personnes éduquées et en bonne santé, lorsqu'il postule que chacun·e peut se débrouiller sans aide dans les cas simples. Dans cette logique, le code de procédure pénale n'accorde pas de défense obligatoire, même en cas de troubles psychiques, lorsque l'affaire ne présente pas de difficulté et que le ou la prévenue est exposé·e à une peine privative de liberté de moins de quatre mois¹². Refusons donc un défenseur ou une défenseuse à ce monsieur ayant enfreint l'ordre public durant un épisode maniaque, puisqu'il a été capable de rédiger seul une opposition pendant son hospitalisation¹³.

La vulnérabilité n'est pas un concept juridique dont tirer protection

Notre droit connaît l'excuse de l'incapacité de discernement¹⁴ et, dans de très rares cas, celle de la maladie¹⁵. En revanche, l'épuisement, l'affaiblissement ou la souffrance ne permettent pas le pardon d'un comportement défaillant : cette chômeuse qui n'a pas remis ses recherches d'emploi dans un délai expirant au 5 novembre parce qu'elle était en décompensation psychique depuis le 28 octobre n'a aucune excuse même si elle a été admise à l'hôpital le 7 novembre¹⁶. En effet, pour que la maladie soit un empêchement non fautif d'agir, il faut non seulement avoir été empêché·e d'agir soi-même, mais encore d'en charger une tierce personne. Or, même une fragilité psychologique médicalement attestée ne démontre



pas l'incapacité totale d'agir ou de charger un tiers de le faire¹⁷.

L'impenétrable complexité de la protection sociale dérouté les ayants droit

La protection sociale est constituée de plusieurs assurances aux champs d'application proches mais divergents : la même affection peut ainsi donner le statut de « chômeur·euse », « invalide » ou « cas social ». Cette construction maladroite, qui s'aggrave d'une obligation incombant à chaque assurance de faire des économies en refusant ou limitant ses prestations, a pour résultat de nous renvoyer d'un guichet à l'autre. Curieusement, ni la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, qui coordonne les assurances sociales depuis vingt ans, ni la collaboration interinstitutionnelle¹⁸, ni les atteintes massives à la protection des données¹⁹ destinées à trouver rapidement le bon interlocuteur n'ont permis de simplifier la tâche. À témoin, ce chômeur atteint dans sa santé qui a perdu ses droits parce que l'Office régional de placement (ORP) ne

l'avait pas informé qu'être reconnu apte au placement par le chômage n'a pas d'incidence sur l'appréciation de la capacité de travail par l'assurance-invalidité (AI) ; ignorant cette subtilité contre-intuitive, il s'est vu déclaré inapte, moins parce qu'il l'était que parce que la coordination entre chômage et AI est illisible²⁰.

Des punitions disproportionnées aux inattentions des contrevenant·e·s

S'il est normal qu'un système de solidarité ne se laisse pas abuser, il est inéquitable de punir des honnêtes gens en leur refusant l'excuse de la bonne foi. Voici un chômeur sanctionné pour n'avoir pas obtenu confirmation de la réception électronique de ses recherches d'emploi par l'ORP alors même qu'il n'y a pas de loi relative à la communication électronique²¹. De même, l'annonce faite aux prestations complémentaires par l'AI qu'une mesure a été interrompue ne dispense pas la personne bénéficiaire de communiquer elle-même à temps²².

L'ÉTAT SOCIAL SE DÉCHARGE DE SES RESPONSABILITÉS COLLECTIVES

Ce tour d'horizon des capacités organisationnelles attendues de nous et du châtement sanctionnant leur absence, met en lumière un système fatalement destiné à prendre l'individu en défaut et à lui faire porter la responsabilité de son lexique indéchiffrable. L'État social se décharge de ses responsabilités collectives pour se transformer en police des mœurs. Une société imprégnée d'idéologie individualiste, prônant la responsabilisation des usagers et usagères, et la promouvant aux dépens de la solidarité, conditionne ses secours à un haut degré de compétence que ne peuvent atteindre les plus fragiles : le fardeau du risque leur est transféré et les punitions encourues ont pour effet de leur faire intérioriser la responsabilité des échecs. ●

¹ Daniel Cohen. *Homo economicus, prophète (égaré) des temps nouveaux*. Éditions Albin Michel, 2012, Prix du Livre d'économie 2012.

² Art. 69 LAMal (RS 832.10) : réserve pour les maladies existant au moment de l'affiliation ; 2^e pilier : réserve pour raison de santé dans l'assurance facultative des indépendants ; art. 331 c CO (RS.220) : réserve de cinq ans pour raison de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès dans l'assurance obligatoire de prévoyance professionnelle.

³ Art. 42 al. 3 LAMal : vérification du caractère économique du traitement et possibilité pour l'assureur d'exiger plus de renseignements d'ordre médical.

⁴ Art. 28 al. 4 LPGA (RS 830.1) : nous sommes tenus d'autoriser diverses personnes et autorités à fournir des renseignements sur notre situation.

⁵ Voir art. 43 a et suivants LPGA.

⁶ Art. 31 LPGA : nous et nos proches sommes tenus de communiquer les modifications importantes de circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation.

⁷ Art. 21 LPGA : réduction et refus de prestation ; art. 7 b LAI (RS 831.20) : sanctions ; art. 30 LACI (RS 837.0) : suspension du droit à l'indemnité.

⁸ La procuration générale envoyée par les assureurs a pour vocation d'intimider, car elle est impuissante à lever le secret médical protégé par le Code pénal.

⁹ 8C_84/2020, résumé sur le site de Pro Mente Sana.

¹⁰ Par exemple 8C_436/2021.

¹¹ Art. 432 CC (RS 210).

¹² Art. 130 et 132 CPP (RS 312.0)

¹³ 1B_493/2019 voir aussi 1B_285/216.

¹⁴ Art 18 CC : les actes de celui qui est incapable de discernement n'ont pas d'effet juridique. Voir aussi L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques, Genève, 2015, Pro Mente Sana Suisse romande.

¹⁵ Art. 41 LPGA : restitution du délai en cas d'empêchement d'agir sans sa faute.

¹⁶ 8C_365/2016.

¹⁷ 1 854/06.

¹⁸ Voir le site travail.swiss du SECO : <https://www.arbeit.swiss/secoalk/fr/home/menue/stellensuchende/arbeitslos-was-tun/interinstitutionelle-zusammenarbeit-it.html>

¹⁹ Par exemple, art. 26a LPC (RS 831.30) : les organes de la LPC communiquent spontanément avec les autorités migratoires en dérogation à 33 LPGA ; art. 84a LAMal et 97 LAA (RS 832.20) sur la communication des données personnelles aux assureurs sociaux, au fisc, aux autorités pénales à l'aide sociale, aux offices de poursuite, aux APEA ; l'assistance administrative prévue par les art. 32 al. LPGA et 82 LAMal.

²⁰ 8C_242/2019.

²¹ ATF 145 V 90.

²² 9C_448/2017.

TRIBUNE

Addictions et accès aux régimes sociaux : une course d'obstacles ?

Par : Cédric Fazan, Directeur de la Fondation Le Tremplin à Fribourg

La Fondation Le Tremplin¹ est active à Fribourg depuis quarante ans dans le domaine des addictions et de la grande précarité sociale, amenant les collaborateurs et collaboratrices à intervenir dans les champs du travail social, de la santé somatique et mentale, dans les sphères économique, judiciaire et politique. Le présent article vise à relever quelques obstacles repérés par le Service social du Tremplin sur le chemin des assurances et de l'aide sociale pour cette population particulière que sont les personnes en situation d'addiction. Ces lignes ne souhaitent pas mettre au pilori les administrations ou les accuser d'inhumanité. Au contraire, la finalité de cet article est de sensibiliser, voire de modifier un tant soit peu les représentations plaquées, souvent par idéologie, méconnaissance ou crainte.

Il faut rappeler que la consommation de produits psychotropes illégaux propulse les consommateurs et consommatrices dans des catégories dont il est difficile de réchapper : celle de la justice et du droit pénal d'un côté, celle de la morale de l'autre. La première est généralement convoquée de par l'illégalité de l'acte même de la consommation (sans parler du deal ou de la production). La deuxième, le jugement moral, plane sur la personne comme une épée de Damoclès, car elle est soupçonnée de ne pas vouloir changer sa trajectoire, pas plus que de participer à la collectivité. Stigmatisées par la société, ces personnes voient leur parole quasi systématiquement dépréciée, disqualifiée.

Depuis de nombreuses années, nous martelons que consommer des psychotropes illégaux, vivre dans des situations de grande précarité sociale, souffrir dans sa santé physique ou mentale ne devrait priver personne de ses droits humains. Sur le principe, la majorité des acteurs administratifs adhère à ce postulat. Pourtant, réfugiées

derrière les textes légaux, les administrations dressent des obstacles pour garantir un accès strict et économe à leurs prestations, lorsqu'elles ne parlent pas de « chasse à l'abus ».

Sans revenu, endettées (par les frais de justice entre autres), condamnées à demander de l'aide, les personnes en situation d'addiction se sentent dépassées et parfois écrasées par les attentes, exigences ou contre-prestations formulées par les assurances ou les systèmes d'aide sociale. Elles savent devoir s'y plier sans avoir sérieusement les moyens de les réaliser. L'issue est logique et douloureuse : face à l'échec des mesures, les sanctions pleuvent, la situation se péjore et leur estime d'elles-mêmes plonge. Un cercle vicieux se met en place. Le message régulièrement transmis est : « Qu'elles fassent l'effort de stopper leur consommation et tout entrera dans l'ordre. » Leur responsabilité, pour ne pas dire leur culpabilité, est pleinement engagée ; et ce, au contraire de la responsabilité de l'administration ou de la société, par ailleurs. L'accès aux prestations se bouche. Pas sûr que la société fasse des économies à terme...

ASSURANCE INVALIDITÉ ET AIDE SOCIALE : DES LOGIQUES DIFFÉRENTES

Jusqu'à il y a peu, bien que reconnue comme maladie chronique, l'addiction n'était pas considérée comme un handicap. Les personnes concernées n'avaient donc pas le droit de recevoir des prestations de l'assurance invalidité (AI) (pour rappel, assurance obligatoire visant à garantir le droit à des moyens d'existence aux personnes assurées devenues invalides). Elles étaient « condamnées » à n'être éligibles que pour des prestations d'aide sociale (redistribution de l'impôt, perçue parfois comme de l'aumône). Symboliquement et

financièrement, l'impact sur l'estime de soi et les perspectives d'avenir est très différent. Les exigences de l'AI et de l'aide sociale sont aussi à des niveaux différents en termes de preuve de la motivation.

ARRÊT DU TRIBUNAL FÉDÉRAL : UNE LUMIÈRE AU BOUT DU TUNNEL ?

Le jeudi 11 juillet 2019, un arrêt du Tribunal fédéral (TF)² modifie la jurisprudence concernant l'accès aux prestations de l'AI en cas de problématique d'addiction complexe. Dans le texte, l'addiction est assimilée, par analogie, aux « maladies somatoformes », son diagnostic concernant tant la médecine somatique que la psychiatrie. Les professionnels espèrent alors un changement de pratique de la part des offices AI. Or, à ce jour, nous ne constatons que peu de changements. Les quelques personnes qui ont pu obtenir des prestations y ont eu droit en reconnaissance d'autres difficultés premières, qu'elles soient somatiques ou psychiques.

Pour assurer ce principe d'octroi, des offices AI (OAI) avec lesquels nous avons eu des contacts ont demandé une période

d'abstinence totale d'au moins six mois au titre de l'obligation de collaborer. Autant le dire d'emblée, cette exigence est irréaliste pour les personnes en situation d'addiction que nous accompagnons au quotidien. L'objectif annoncé, dans la droite ligne de la compréhension de l'AI, est de vérifier si l'incapacité de gain peut disparaître une fois la personne abstinent et les effets de ses consommations disparus. Le résultat de la mise en place de cette logique de tri est sombre : les personnes consommatrices de psychotropes légaux et/ou illégaux sont systématiquement écartées et demeurent pour de longues périodes à l'aide sociale.

Pour résumer lapidairement la situation, ces dernières années, l'accès à l'assurance invalidité a été simplement bloqué par une compréhension administrative incomplète ou tronquée de ce que sont l'addiction et ses conséquences.

Deux inquiétudes pragmatiques :

1) Les OAI doivent mettre sur pied des grilles d'évaluation³ adaptées à la question des addictions et ce travail est en cours. La formation des intervenants sera un point crucial de cette « nouveauté ». À ce jour, nous n'avons pas d'informations officielles de la part des différents OAI.

2) Malgré l'arrêt du TF du 11 juillet 2019, les nouvelles demandes restent soumises à la règle de « la présence de péjoration de l'état de santé depuis le dernier refus de l'AI ». Ainsi, à ce jour, très peu de personnes ont pu accéder aux prestations de l'AI.

L'AIDE SOCIALE : DERNIER FILET DE SÉCURITÉ ET LABYRINTHE ADMINISTRATIF À GÉOMÉTRIE VARIABLE

Afin de faire appliquer le principe d'obligation pour la personne de diminuer le dommage et d'améliorer sa situation, attente légale commune à l'AI et à l'aide sociale, les services sociaux posent des conditions qui nous interrogent. En effet, ces conditions, si les résultats fournis sont jugés insuffisamment atteints ou non respectueux de l'exigence de l'aide sociale, constituent un motif de sanction, de refus d'entrer en matière ou de suspension de l'aide matérielle.

Ainsi, l'obligation de changer de médecin, l'exigence de sevrage ou d'effectuer un séjour en résidentiel thérapeutique addictions, peuvent limiter l'accès à un logement au motif que la personne est en situation d'addiction, donc incapable de gérer un logement et de respecter la clause de réduction de ses dommages « auto-infligés ». Point de salut ni d'insertion, voire de droits, sans abstinence, en somme !

Consommer des
psychotropes illégaux,
vivre dans des situations
de grande précarité
sociale, souffrir dans
sa santé physique ou
mentale ne devrait
priver personne de ses
droits humains

Cédric Fazan

Ces décisions ne sont que rarement contestées par les bénéficiaires par manque de moyens financiers, de connaissances, de soutien pour la démarche ou par peur des représailles.

Comme praticiens, nous avons une grande part de responsabilité dans ces situations délétères. Nous sommes sur le terrain avec les personnes en situation d'addiction, allons dans leurs logements, connaissons leurs trajectoires et leurs proches, les épaulons auprès des différents acteurs, les accompagnant dans toutes les dimensions utiles à leur rétablissement et à leur réinsertion. Nous avons la responsabilité de rencontrer les administrations et d'exposer les réalités des personnes en situation d'addiction. À l'inverse, nous devons aussi être les interprètes des administrations auprès des utilisateurs et utilisatrices de nos structures et restaurer les droits et obligations des deux parties.

Le travail de réseau est entamé, les visions de chacune doivent sans doute encore évoluer. Un travail de longue haleine de compréhension, de formation et de coopération a démarré depuis quelques années. Le chemin est long et semé d'obstacles juridiques, économiques, judiciaires et moraux, mais les droits humains se conquièrent chaque jour, non ? ●



² ATF 145 V 215 : https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/fr/php/cliv/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F145V-215%3Afr&lang=fr&zoom=&type=show_document

³ Par analogie à celles utilisées pour les maladies somatoformes.

TÉMOIGNAGE

Les dérives de la réinsertion professionnelle à tout prix

Par : Élodie Lavigne

De son passé douloureux, Jean-Marc* garde une certaine fragilité. Malgré tout, il se bat pour se reconstruire. Un chemin difficile lorsque le système d'aide vise la réinsertion professionnelle à tout prix, au mépris de la réalité de la personne.

« C'est grâce à ma femme et à ma psychiatre que j'ai tenu le coup », résume Jean-Marc* quand il évoque son parcours à travers les méandres de l'Assurance invalidité (AI), pour ne pas la nommer. Cet homme d'une cinquantaine d'années a connu des périodes difficiles dans sa vie. Les maltraitances vécues enfant ont laissé des traces physiques et psychiques. Adulte, il tombe dans la toxicomanie. En l'an 2000, une tentative de suicide le mène à l'hôpital psychiatrique. À son réveil, c'est le déclic. Il décide de mettre fin à ce cercle vicieux et se bat pour se reconstruire. Après dix-huit mois de cure, il approche une première fois l'AI en vue d'un reclassement professionnel. En 2009, il obtient avec succès son diplôme de maître socioprofessionnel. Il est engagé dans une institution spécialisée où il devient responsable de secteur. Son dossier auprès de l'AI est clos. Il exerce son nouveau métier et apporte son savoir et ses compétences à d'autres « cabossés de la vie ».

LA PORTE OUVERTE AU BURN-OUT

Mais avec le temps, la charge de travail s'alourdit. Au sein de l'institution, le contexte est de plus en plus tendu. De nombreux changements interviennent sur le plan administratif et du personnel, avec des départs qui se multiplient. « Il y avait clairement des dysfonctionnements », se souvient Jean-Marc. À cela s'ajoutent des problèmes informatiques. « Ils ont été minimisés par mon employeur et aucune solution n'a été proposée. » Éprouvé par la lourdeur de sa charge de

travail, Jean-Marc demande à partager sa responsabilité de chef de secteur et finit par l'abandonner. Avec sa hiérarchie, les relations se compliquent : « On me reprochait mes absences, ma fatigue, sans tenir compte de mon parcours, quand bien même j'ai toujours été transparent. La direction ne cherchait pas le dialogue mais était systématiquement contre moi. » Son corps commence à exprimer sa souffrance psychique. « Mes mains étaient pleines de gerçures, comme laminées. » Face au manque de soutien général, il craque. En automne 2018, il tombe en burn-out.

DANS L'ENFER DE L'AI

Son médecin lui délivre un arrêt de travail à 100 %. « Il était clair que mon arrêt allait être de longue durée. » Mais l'AI met plusieurs mois à réagir. La « détection précoce » vise, par une intervention rapide, à maintenir la personne en emploi pour garantir son employabilité. « Mon employeur avait décidé de me licencier, ma réinsertion professionnelle se ferait donc ailleurs. Plus le temps passait, plus mon état se dégradait. Je restais sur mon canapé, j'avais mal au dos et j'ai recommencé à boire. » Dans l'attente d'une prise en charge par l'AI, Jean-Marc continue sa psychothérapie avec sa psychiatre. Il plonge malgré tout, le burn-out réveillant ses fragilités psychiques.

Finalement, l'AI se manifeste enfin et lui propose une première mesure de réinsertion, avec un travail de coaching, qui débute en janvier 2020. Puis vient le temps du Covid-19 :

télétravail, entretiens par Skype une fois par semaine, puis retour en présentiel. La mesure de Jean-Marc est prolongée. Le contexte de la pandémie ne favorise pas son insertion. « J'avais quatre facteurs de risque et personne ne portait le masque dans les bureaux. J'ai demandé à poursuivre en télétravail, mais l'AI m'a contraint à aller sur place. Je passais pour quelqu'un de difficile, alors que je voulais simplement que les règles sanitaires soient respectées. » À nouveau, comme dans son ancien poste, la pression sur Jean-Marc s'accroît. « L'AI voulait que j'augmente mon temps de travail, mais j'avais dix-sept heures de thérapie par semaine. Je n'arrivais pas à tenir le rythme. » L'angoisse grandit : « J'avais peur qu'on me coupe les prestations. Ma conseillère AI m'a souvent menacé en ce sens. » Le système d'aide se retourne contre lui : « On m'a dit que si je refusais, je n'aurais plus qu'à m'inscrire au chômage. Or, avec mon arrêt de travail à 100 %, je n'y avais pas droit. Pourtant, ma psychiatre avait été claire : en raison de ma maladie psychique, je n'étais pas en mesure de travailler dans l'économie libre. » L'AI lui cherche une structure davantage en lien avec son métier. Une place se libère quelques mois plus tard dans un centre de réinsertion. « Pour m'y rendre, j'ai dû acheter une voiture, car avec mon état physique, marcher 40 minutes était impossible. »

UN SYSTÈME PEU CONCILIANT

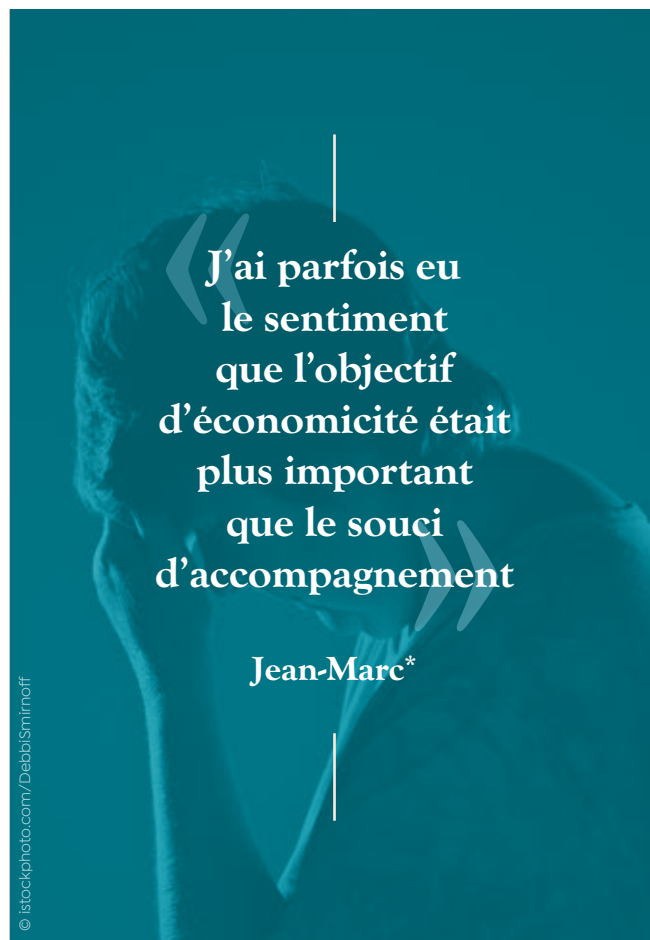
La mesure se déroule plutôt bien, jusqu'au moment où Jean-Marc reçoit les objectifs que l'AI lui fixe. En plus d'augmenter son temps de travail, il doit « améliorer son comportement ». Il tente d'expliquer que ses réactions sont en lien avec sa maladie et la pression qu'il ressent. Sa psychiatre intervient. En réponse, l'AI stoppe la mesure avec effet immédiat. Il pourra finalement la poursuivre, mais ce sera la dernière, l'AI refusant de la reconduire au-delà de la durée standard d'un an. « Elle n'a fait qu'une lecture partielle des rapports sur mon état de santé, physique et psychique, et a décidé de suspendre les prestations, jugeant que j'en bénéficiais depuis trop longtemps. Pourtant, j'avais beaucoup progressé. » Jean-Marc commençait à peine à retrouver ses marques dans un poste en lien avec son métier. C'est un nouveau coup de massue. Psychiquement, il replonge.

Il fait opposition à cette décision, à l'aide de son épouse, sans qui il n'aurait pas pu se débattre dans cet imbroglio administratif. En attendant, plus qu'une seule option s'offre à lui : demander à son médecin de le déclarer, au moins partiellement, apte à travailler et s'inscrire au chômage. L'affaire est aujourd'hui toujours en cours. Mais l'AI ne répond plus, elle attend l'expertise psychiatrique qu'elle a ordonnée. « Pour cette dernière, j'ai demandé à ce que ma femme soit présente car, de par ma maladie, je me bloque et j'oublie des choses importantes, mais cela m'a été refusé, sous peine

que la demande soit invalidée. » Heureusement, Jean-Marc trouve un emploi à temps partiel. Et continue à se soumettre à des contrôles réguliers concernant l'alcool et à des traitements médicamenteux, selon les exigences de l'AI.

Quelle que soit l'issue, Jean-Marc reste marqué par cette épreuve au long cours : « Je n'ai pas été entendu dans ma réalité. En plus de la lenteur administrative, peu de propositions m'ont été faites. À cela s'ajoutent un manque de transparence et une méconnaissance de mon dossier. J'ai parfois eu le sentiment que l'objectif d'économicité était plus important que le souci d'accompagnement », déplore-t-il. Également impactée par la situation, son épouse conclut : « Le système a reproduit des schémas qui faisaient écho à ses traumatismes passés. À aucun moment, l'évolution et les besoins de mon mari n'ont été pris en compte. » ●

* Prénom d'emprunt.



TÉMOIGNAGE

Entre droit et réalité : les rapports entre un étudiant et une bureaucratie dissuasive

Par : Jean*

Entreprendre des études avec un handicap n'est pas chose courante et relève de surcroît d'un défi constant. Il faut d'abord l'identifier et le comprendre. Obtenir sa reconnaissance administrative pour avancer dans le respect de ses limites personnelles est une difficulté supplémentaire, âpre et parfois douloureuse.

Jean* débutait sa formation tertiaire. Assez rapidement, un diagnostic de trouble psychiatrique est posé. Il est plusieurs fois hospitalisé et mis en arrêt maladie, ce qui l'entrave dans son apprentissage et l'interrompt dans la progression de ses études. Jean est isolé dans ses difficultés scolaires. Cela l'empêche de saisir que l'organisation de ses semestres doit être adaptée. S'ensuivent des périodes de travail parfois prolongées, avec peu de répit. Jean se sent frustré de ne pas parvenir à organiser ses études d'une manière plus conventionnelle et efficace. Il a l'impression de perdre prise, ballotté entre sa santé et les exigences scolaires.

Quelques années plus tard, Jean découvre, sur le site de son école, l'existence d'un service de soutien pour les étudiants concernés par un handicap physique ou psychique. Il est étonné de l'absence de publicité à l'égard de cette ressource, très peu connue des élèves. Il ressent de la déception et de l'indignation par le fait qu'aucun-e de ses interlocuteurs et interlocutrices scolaires (personnes pourtant chargées de traiter ses nombreux certificats médicaux) n'ait abordé l'existence d'un tel service. Jean se sent floué. Mais il comprend progressivement que ces mêmes personnes n'en ont pas toutes connaissance ou n'en ont qu'une vague idée. Il perçoit là un manque de communication troublant entre les différents acteurs et actrices de son école.

UNE PERSPECTIVE DE SOUTIEN ?

Avec beaucoup d'espoir, Jean prend contact avec ce service afin d'obtenir des ajustements dans le cadre de ses études. La personne responsable lui suggère fortement d'entamer des discussions bilatérales auprès des professeur-e-s concerné-e-s, en lieu et place d'une demande formelle. Elle argumente que celle-ci est un long processus. Mais pour Jean, formuler sa situation et ses besoins oralement s'avère difficile, cette démarche n'étant pas commune. Il se sent donc souvent seul et toujours aussi démuni dans ses procédures administratives.

UNE VOIE SANS ISSUE ?

Après avoir essayé un échec concernant une requête faite auprès de l'un de ses enseignants au sujet d'un travail scolaire, Jean comprend qu'il serait plus sûr de déposer une demande de compensation formelle. Toutefois, ses difficultés personnelles et l'absence d'aide administrative ajournent sa démarche. Le service d'aide, par son manque de soutien dans les dispositifs de compensation et la suggestion de discussions essentiellement bilatérales, a isolé Jean dans ce processus. De surcroît, la situation le place face aux choix arbitraires du professeur dont la position de pouvoir vis-à-vis de son élève est forcément défavorable pour Jean.

À ce stress bureaucratique s'ajoute l'absence d'appui pédagogique dans un contexte où les exigences scolaires en matière d'autonomie sont importantes. Malgré ses efforts et l'appel à des ressources externes, les difficultés perdurent. Ainsi, le travail écrit qui était au centre de la demande faite à l'enseignant et dont le délai conventionnel est relativement court, se prolonge. Pendant cette période, Jean est épuisé et surmené.

UN NUMÉRO PARMIS TANT D'AUTRES

Les prises de contact entamées par Jean pour obtenir un soutien pédagogique le renvoient systématiquement à différentes personnes. Toutes s'exonèrent pourtant de la tâche, affirmant que celle-ci ne figure pas dans leur cahier des charges ou dans leurs compétences. Jean fait face à beaucoup d'indifférence malgré ses efforts. Toutes ces actions, ainsi que l'absence d'un interlocuteur ou une interlocutrice, donnent à Jean un sentiment d'humiliation et de négligence, l'impression de n'être qu'un numéro parmi tant d'autres.

La demande de compensation formelle est sa dernière chance pour arriver au bout de son travail et in fine obtenir son diplôme. Or ses démarches n'ont toujours pas trouvé d'écho de la part de l'assistance de l'administration scolaire, malgré les sollicitations. Outre ce protocole rigide, le format de la demande est très contraignant. En effet, le formulaire est limité à un certain nombre de caractères, ce qui ne permet pas de rendre compte de la complexité de la situation de Jean. Après avoir réussi à déposer sa demande, il en reçoit la réponse : dans un langage bureaucratique, l'administration concernée statue de manière partiellement négative. Jean ne réunit donc pas les conditions nécessaires pour obtenir son diplôme. Ses difficultés administratives prolongées montrent que le service de soutien pour des situations de handicap joue un rôle incertain dans le cas de certains troubles psychiatriques. En effet, la peur de ne pas traiter tou-te-s les étudiants et étudiantes sur un pied d'égalité, et donc de favoriser celles et ceux touchés par un handicap, entrave les démarches de compensation, ce qui va à l'encontre de la Convention du Droit des Personnes Handicapées. Tout au long de ce parcours, Jean a été confronté à un jeu d'excuses, où il ne semblait incomber à aucun-e interlocuteur ou interlocutrice la tâche de fournir le soutien demandé.

« IF THE DOOR DOESN'T OPEN, IT'S NOT YOUR DOOR »

Jean parvient néanmoins à tirer du positif de ce parcours : la formulation claire et entière de ses besoins lui permet d'avancer dans son cheminement étudiant. Cela renforce son introspection et sa capacité à communiquer ses difficultés.

Malgré le soulagement d'avoir pu exprimer sa situation, Jean constate qu'il a nagé à contre-courant. Mutatis mutandis, la réalité de la réplique de Scapin chez Molière s'applique : « Eh, Monsieur, si vous le pouvez, sauvez-vous de cet enfer-là. C'est être damné dès ce monde, que d'avoir à plaider [...] »

Jean poursuit désormais son chemin vers des ports plus sages et plus riches, compatibles avec ses problèmes de santé, avec conscience et prudence. ●

* Prénom d'emprunt.



PRÉVENTION

Stress chronique et Covid

Par : Dre Camille Nemitz Pigué, médecin psychiatre, MD, PhD, cheffe de clinique scientifique à l'Université de Genève et aux Hôpitaux universitaires de Genève

Depuis mars 2020, la santé mentale de la population est mise à mal. Une grande partie d'entre nous subit un stress supplémentaire. Le sujet revient d'ailleurs constamment dans les conversations. Mais qu'en est-il exactement ?

Si le début de la pandémie et le confinement qui a suivi peuvent être qualifiés de « stress aigus », ils se sont mués en stress chronique au fil des mois. Mais comment définit-on un stress ? Il s'agit d'une remise en question d'un état d'équilibre, de l'intégrité de notre organisme en particulier. Un « stresseur » est ainsi un élément qui vient créer un déséquilibre, faisant réagir le système qui le subit. Un stresseur a d'autant plus d'impact qu'il est imprévisible, incontrôlable et nouveau. Il en existe bien sûr de toutes sortes : peur pour sa vie, douleur ou stress social en sont quelques exemples. Loin d'être néfaste en soi, le stress permet de rétablir cet équilibre : il constitue une réponse adaptative.

On catégorise souvent les réactions naturelles dans une situation de stress aigu en « fight, flight or freeze »*. En effet, les expériences animales nous ont appris qu'en situation de danger – que celui-ci soit réel ou figuré –, les réactions typiques sont l'attaque (la colère), la fuite (l'évitement) ou l'immobilisation (le repli sur soi). Ces réactions rapides ont pour fonction de protéger l'organisme et ont pour but la survie. Elles sont coordonnées par des mécanismes complexes mais très efficaces, qui permettent à notre cerveau de déclencher une cascade de neurotransmetteurs et d'hormones, qui à leur tour vont enclencher une série de changements physiologiques et comportementaux.

DU STRESS À L'ANXIÉTÉ

Lors d'un stress aigu, cette cascade a pour résultante de mobiliser l'énergie du sujet vers des comportements de

fuite ou de combat – en grande partie grâce à l'adrénaline sécrétée – et, au contraire, de diminuer les fonctions biologiques moins importantes à ce moment précis, telles que la digestion ou la reproduction. Certains de ces réflexes, très anciens, passent principalement par le tronc cérébral, sans passer par le cortex, et ont été conservés à travers les espèces, notamment en réponse à des stress physiologiques : retirer sa main en cas de douleur par exemple. Lorsque le stress est modéré, il s'accompagne d'un état d'éveil (vigilance) ainsi que de pensées (cognition) élaborées et complexes qui sont des ressources supplémentaires, comme lors d'un examen par exemple. L'état émotionnel est alors plutôt neutre. En revanche, un stress sévère s'accompagne d'une activation intense, avec des pensées qui peuvent être concrètes ou au contraire mélangées, difficiles à suivre. Ce mélange de réaction physique et de mal-être émotionnel, dans un contexte où il n'y a pas de danger objectif, est ce que l'on appelle l'anxiété.

Mais que se passe-t-il lorsque ce stress n'est pas unique et limité dans le temps – comme il pourrait l'être à la vue d'un serpent, la rencontre avec un être menaçant ou une douleur aiguë –, mais qu'il persiste ? En plus de la cascade de réactions médiée en grande partie par l'adrénaline, se déclenche alors un autre type de réaction, qu'il est possible de lier au cortisol principalement. Plus le stress dure, plus le taux de cortisol augmente. Ce dernier a de nombreux effets sur notre organisme : il nous permet de puiser dans nos réserves d'énergie stockées, telles que les graisses, afin d'augmenter le sucre disponible lors

d'une réaction de stress aiguë, mais il diminue aussi les réactions immunitaires, augmente la pression artérielle et peut diminuer la densité des os à long terme. Aussi, une souris soumise à un stress non-contrôlable pendant plusieurs jours de suite, diminue ses comportements moteurs (déplacements, toilettage, etc.), montre une diminution de sa sociabilité, de la sexualité, de l'appétit, mais aussi une augmentation des comportements anxieux et une peur de la nouveauté, ainsi qu'une augmentation de la fréquence cardiaque, une diminution des fonctions digestives ou encore une altération du système immunitaire.

Ce qui est nécessaire et physiologique dans un premier temps, peut donc devenir dangereux pour notre organisme s'il perdure. Un taux élevé de cortisol sur une longue période peut avoir des effets négatifs insoupçonnés. Un stress sévère et chronique mène ainsi à des altérations tant sur le plan cérébral (atrophie de certaines régions) qu'immunitaire, ouvrant la porte à un cercle vicieux de difficultés à la fois psychiques et physiques.

La pandémie que nous vivons répond donc bien aux caractéristiques d'un stress chronique : c'est une situation nouvelle et incontrôlable, qui menace notre intégrité et s'est installée dans le temps. Mais ce n'est pas uniquement la peur du virus lui-même qui constitue un stress. Ainsi, bien que certaines mesures protègent de l'infection, elles engendrent également un stress psychologique (par exemple, perte de contact social, confinements qui ont accru les tensions dans les familles, etc.).

STRATÉGIES D'ADAPTATION

Nous sommes toutes et tous différents face au stress, avec des capacités physiologiques et psychiques variables (vulnérabilité versus résilience). Une bonne connaissance de ces mécanismes, de nos réactions individuelles et des stratégies qui nous conviennent à titre personnel est importante pour favoriser la résilience. Chaque personne a des stratégies d'adaptation qui dépendent de sa personnalité, de sa culture, de ses apprentissages et des événements de sa vie. Certaines personnes réagissent de manière « proactive », en faisant face, en ayant des comportements d'« approche » : défense, agression, combat ou fuite. Les stratégies choisies sont spécifiques et concernent la personne elle-même (se changer soi-même) ou son environ-

nement (transformer les conditions externes). Ce type de réaction est caractérisé par une prise de risque et une dépense d'énergie. À l'autre extrême, certaines personnes auront tendance à ne rien faire, fuir l'enjeu ou en nier l'existence : cette stratégie, dite de « passive coping** », est caractérisée par des comportements d'évitement, d'immobilisation et de passivité. La personne se juge souvent de façon négative et présente également des signes d'hypervigilance et d'anxiété ; prudence et économie de l'énergie sont donc de mise.

Selon les situations, les deux types de stratégies de « coping » peuvent être adaptatives, mais elles peuvent aussi être inadaptées ou trop intenses. Le stress peut en soi avoir des conséquences positives – stimulation des apprentissages, affirmation de soi, sentiment de maîtrise, bonne estime, voire dépassement de soi. Le « mauvais » stress, en revanche, est quant à lui lié à des souvenirs traumatiques, à l'évitement de certaines situations, à un sentiment d'impuissance, à une mauvaise estime de soi et finalement à un épuisement.

Nous sommes toutes et tous inégaux devant notre capacité à réagir au stress, mais garder en tête ces principes et évaluer, à titre personnel, ce qui permet de faire baisser notre niveau de stress (sport, musique, nature, liens sociaux, méditation, yoga, etc.) favorise probablement la capacité à rebondir malgré un stress important ; c'est ce que l'on appelle la résilience, fortement mise à mal lors de la pandémie. ●

* Se battre, fuir ou se figer.
** Adaptation passive.

DÉCRYPTAGE

Quand les bouleversements climatiques impactent notre santé mentale

Par : Clémentine Fitaine

Hausse des températures, fonte des glaciers, intensification des sécheresses, élévation du niveau de la mer... le dernier rapport du GIEC¹ a de quoi miner le moral. Et c'est d'ailleurs ce qui arrive à bon nombre d'entre nous, concerné·e·s par ce que l'on surnomme désormais l'anxiété environnementale ou solastalgie, soit une réaction psychologique consécutive à la crise climatique.

Inspirée du terme « nostalgie », la « solastalgie » est un néologisme qui combine le mot latin solacium (soulagement, réconfort) et le suffixe algia (qui évoque la douleur morale). Elle désigne une souffrance psychologique liée à la dégradation actuelle de notre environnement. Les préoccupations par rapport au dérèglement climatique sont d'ailleurs en hausse. Une collecte de témoignages auprès d'une population sensible à cette thématique, menée par la praticienne en psychothérapie Charline Schmerber², révèle par exemple que 68 % des personnes interrogées déclarent ressentir une anxiété importante ou aiguë du fait de la situation environnementale. Un chiffre révélateur d'une prise de conscience générale qui provoque chez les individus une souffrance prospective, à la manière d'un stress pré-traumatique.

Une vaste palette de symptômes en lien avec cette problématique peut être observée, allant jusqu'à perturber le psychisme des personnes concernées. Des émotions telles que colère, tristesse, impuissance ou encore peur sont ressenties par 65 % des sondé·e·s. Parfois, des symptômes plus profonds : perte d'appétit et/ou de sommeil, crises d'angoisse, dépression, voire idées suicidaires et/ou passage à l'acte dans les cas les plus extrêmes.

Pour autant, difficile d'assimiler l'éco-anxiété à une pathologie. « Plus qu'un trouble psychiatrique, il

s'agit là d'une réaction normale et proportionnée à un danger réel et avéré, considère le Pr Nicolas Senn, chef du Département de médecine de famille à Unisanté. Mais cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas la prendre en charge et savoir l'écouter. »

Les médecins de premier recours ont certainement un rôle à jouer. En première ligne face aux patient·e·s, ils abordent de plus en plus souvent la question du changement climatique dans leurs consultations.

LES JEUNES PARTICULIÈREMENT TOUCHÉS

Si l'éco-anxiété concerne toutes les tranches d'âge, les générations Y (personnes nées entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990) et Z (personnes nées entre 1995 et 2010) sont particulièrement préoccupées par la santé de la planète. « Leur mobilisation comme leur niveau d'information scientifique surpassent parfois ceux des décideurs politiques, fait remarquer Nicolas Senn. Face au constat dramatique, à l'immobilisme des gouvernements et aux prévisions sombres qui s'annoncent, ces jeunes développent parfois une réaction émotionnelle forte. »

On assiste alors à une remise en question globale du mode de vie qui peut aller jusqu'au refus de procréer, afin – selon les raisons propres à chacun·e

– de préserver les ressources de la planète ou encore d'éviter d'imposer à son enfant un avenir incertain. Faut-il voir dans cette décision forte un auto-sabotage de notre civilisation ? Pour la doctorante en sciences de l'environnement Sarah Koller, les choses ne sont pas aussi simples. « On peut interpréter ce refus d'avoir des enfants comme une pulsion d'auto-destruction mais aussi, selon le point de vue qu'on adopte, comme un appel au survivalisme : la manifestation d'un humain qui participe à protéger son habitat. »

Figure de proue de cette génération de la bascule, l'activiste Greta Thunberg illustre bien l'impact psychologique que peut entraîner l'urgence écologique. À seulement 11 ans, c'est après avoir regardé un documentaire sur les ours polaires et les espèces marines empoisonnées par les déchets plastiques que la jeune fille aurait sombré dans la dépression. Pour elle, comme pour de nombreuses autres personnes touchées par l'éco-anxiété, la phase de colère, d'abattement ou parfois de déni laisse place à un sentiment d'acceptation et d'action. « Je suis plus heureuse désormais, j'ai trouvé un sens, un combat à mener », a déclaré Greta Thunberg dans une interview accordée au New York Times.

L'ACTION, UNE PORTE DE SORTIE

Aux étapes difficiles de sidération, de rumination et de deuil, succède souvent la manifestation d'une prise de conscience qui mène à l'action. Réorienter nos comportements pour mieux respecter les limites planétaires, changer son rapport à la nature, retrouver une certaine humilité et s'interroger sur les problématiques existentielles que sont notre propre vulnérabilité et notre rapport à la mort, par-

ticipent à cette mise en mouvement. « L'éco-anxiété est finalement un phénomène sain de reconnexion, qui témoigne d'une prise de conscience nécessaire, souligne Sarah Koller. Rester dans une forme de déni nous coupe de ce pouvoir d'agir. »

Au contraire, il faut accepter de vivre avec ces émotions de tristesse ou de peur, pour qu'elles n'entraînent pas une culpabilisation mais qu'elles agissent comme un moteur. La racine du mot « émotion » est d'ailleurs similaire à celle du verbe « se mouvoir ». Face à l'inertie des sphères dirigeantes dans la lutte contre le réchauffement climatique, l'action individuelle et collective s'impose pour apaiser le sentiment d'inaction. « Il est normal de se sentir mal lorsque l'on est pris dans un système malade, déplore Sarah Koller. Les mouvements citoyens peuvent permettre de contrebalancer cette apathie systémique. »

Enfin, autre pilier pour apaiser l'éco-anxiété : en parler. Avec ses proches, déjà, mais aussi au sein de groupes de parole aux préoccupations similaires. De plus en plus de thérapeutes se spécialisent sur ces questions et des réseaux s'organisent, notamment en Suisse romande³. L'enjeu de demain sera aussi celui de l'accompagnement – en particulier des plus jeunes – et du déploiement de stratégies de santé publiques plus vastes pour répondre à ce qu'on peut probablement considérer comme le nouveau mal du siècle. ●

¹ « Changement climatique 2021 : les éléments scientifiques », Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), août 2021.

² Enquête sur l'éco-anxiété réalisée en ligne auprès de 1264 personnes en novembre 2019.

³ Réseau romand d'écopsychologie : <https://ecopsychologie.site/>

Pour en savoir plus :

L'éco-anxiété : vivre sereinement dans un monde abîmé, Alice Desbiolles, Éd. Fayard, 2020.

Les émotions de la terre : des nouveaux mots pour un nouveau monde, Glenn Albrecht, Éd. Les Liens Qui Libèrent, 2021.

L'effondrement : petit guide de résilience en temps de crise, Carolyn Baker, Éd. Ecosociété, 2016.

ÉCLAIRAGE

Des soins à domicile pour améliorer le bien-être en santé mentale

Par : Clément Etter

Certaines situations de la vie peuvent générer des sentiments de tristesse, de désespoir ou d'anxiété difficiles à gérer seul·e ou par les proches. Des soins à domicile spécifiques existent pour accompagner les personnes en souffrance psychique et améliorer leur bien-être.

Solitude, anxiété, période de deuil, peur de l'avenir... Les souffrances psychiques peuvent considérablement nuire à la santé mentale – notion vaste qui exprime un bien-être et un équilibre psychiques permettant à chacune et chacun de se réaliser et surmonter les difficultés de la vie. Parfois, cet équilibre est rompu et les ressources personnelles ne suffisent pas pour le rétablir. Une situation qui peut être identifiée et prise en charge par les aides et soins à domicile, comme ceux organisés par les centres médico-sociaux (CMS). Une demande d'intervention pour des soins spécifiques en santé mentale peut provenir des proches, des médecins ou du personnel à domicile qui intervient déjà pour d'autres types d'aides ou de soins (physiques, d'hygiène ou pour des livraisons de repas, par exemple).

REPÉRER LES SOUFFRANCES PSYCHIQUES DES PATIENT·E·S...

En intervenant directement à domicile, les soignant·e·s ont accès à de nombreuses informations concernant le contexte de vie, au travers du type de logement, de la décoration ou des photos de famille, par exemple. Ces détails leur permettent d'entrer rapidement en communication avec les patient·e·s et d'en apprendre plus sur leur situation psychosociale. Surtout, les soignant·e·s entretiennent une relation de proximité avec les personnes suivies et peuvent identifier facilement des signes de souffrance psychique. D'autre part, « à leur domicile, les patient·e·s peuvent se sentir plus en sécurité et en confiance qu'en cabinet, où elles ont plutôt tendance à se montrer sous leur meilleur

jour et à moins exprimer leurs émotions », explique Sylvain Oguey, infirmier clinicien à ASANTE SANA, association membre de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD).

Ce contact étroit permet aussi d'adapter la prise en charge thérapeutique. « Un patient qui recourait au CMS pour un soin infirmier s'exprimait beaucoup sur sa situation familiale et financière très difficile durant les interventions, relate Sylvain Oguey. L'équipe infirmière a ainsi pu s'apercevoir de sa fragilité et de sa grande souffrance psychique et a identifié chez lui des symptômes dépressifs. Une relation d'aide et de confiance s'est d'abord installée, puis l'infirmière référente a proposé au patient une prise en charge spécifique orientée sur la santé mentale. » Une collaboration avec le médecin traitant a aussi permis d'adapter la médication et un suivi auprès d'un psychiatre a débuté. Le CMS a également proposé au patient le soutien d'une assistante sociale.

...ET DE LEURS PROCHES

La présence à domicile permet aussi d'être en contact avec l'entourage des patient·e·s, comme leurs proches aidant·e·s. L'équipe peut donc identifier des souffrances psychiques chez ces personnes, qui peuvent être affectées par la maladie de leur proche, moralement et physiquement. « Lors d'entretiens thérapeutiques avec un patient atteint d'une maladie neurologique sévère, sa femme, également présente, confiait de plus en plus souffrir psychologiquement

de la maladie de son mari. L'infirmière spécialisée lui a donc proposé une prise en charge personnelle afin de l'accompagner dans la gestion de ses émotions et améliorer sa santé mentale. Après quelques réticences au départ, elle a fini par accepter l'aide », illustre Sylvain Oguey.

Ces interventions permettent par ailleurs de détecter tôt des problématiques de santé mentale, notamment des décompensations psychiques (réapparition de symptômes, voire de crises en lien avec une rupture de l'équilibre psychique). « Par exemple, si l'équipe de soins constate que l'appartement d'une personne normalement ordonnée commence à être moins bien rangé ou nettoyé que d'habitude, elle peut en réponse amener un soutien plus important pour éviter que cela ne prenne plus d'ampleur et éviter une rechute ou une hospitalisation. » Tout un réseau (médecins traitant·e·s, hôpitaux, services ambulatoires, associations, centres d'accueil...) peut alors s'activer pour proposer une prise en charge adaptée.

ACCEPTER DE RECEVOIR DE L'AIDE

Toutes les personnes en souffrance psychique peuvent bénéficier de soins à domicile orientés sur la santé mentale, personnalisés et prodigués par des infirmier·ère·s spécialisé·e·s. Soutien à la socialisation, à la gestion de la maladie ou pour accomplir diverses activités quotidiennes, gestion de crise et de symptômes psychiatriques aigus, ces soins ont pour but de permettre aux patient·e·s de retrouver un équilibre et une qualité de vie qui les satisfait. Ils sont couverts par l'assurance de base, de même que les soins infirmiers, d'hygiène et de confort, l'ergothérapie et les consultations diététiques.

Cependant, les personnes éprouvent parfois une réticence à accepter une telle aide, car elles associent les notions de santé mentale et détresse psychologique à la psychiatrie et à la folie. « Ce sont des représentations que l'on essaie de changer, remarque Sylvain Oguey. Une personne qui n'a pas de trouble psychiatrique peut avoir une santé mentale fragile si elle vit un deuil par exemple, tout comme une personne ayant un trouble peut être en bonne santé mentale. » L'infirmier clinicien constate que la santé mentale est encore un sujet tabou dans la population. Il reste donc un travail à réaliser pour changer le regard que les gens portent sur la santé mentale, expliquer que des offres de soins à domicile existent et que tout le monde a le droit d'y accéder.

UN SOUTIEN AUSSI POUR LES SOIGNANT·E·S

S'occuper de personnes en souffrance psychique n'est pas toujours une tâche facile pour le personnel de soins à domicile, car l'investissement émotionnel est plus important que pour d'autres soins. En cas de besoin, les soignant·e·s peuvent compter sur un soutien interne : « La politique de santé mentale menée par le canton de Vaud en 2007 a permis par exemple d'intégrer une personne-ressource en santé mentale dans chaque CMS, afin d'aider les collaboratrices et collaborateurs face aux difficultés rencontrées sur le terrain. » Des formations spécifiques ont aussi été mises en place, notamment autour des concepts de santé mentale et de psychiatrie ainsi que leurs représentations.

La santé mentale fait partie intégrante de la santé, comme le rappelle l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En prendre soin et demander de l'aide si besoin est donc essentiel afin d'assurer le bien-être individuel et de la société dans son ensemble. ●



RÉFLEXION

Et si on parlait d'argent ?

Par : Marie Baumann (traduction de Mélanie Dubath). Article publié dans la revue Kontext de la Fondation Pro Mente Sana.

L'Assurance invalidité vise à garantir les moyens d'existence – par des mesures de réadaptation ou des rentes – aux personnes assurées devenues invalides – qu'il s'agisse d'une invalidité physique, psychique ou mentale. Cependant, certaines invalidités sont « mieux loties » que d'autres. Décryptage.

Un demi-million de Suisses et Suissesses reçoivent chaque année un traitement psychiatrique ambulatoire et 80'000 personnes sont hospitalisées dans une clinique psychiatrique. Une personne sur deux souffre de troubles psychiques au cours de sa vie. Il est donc relativement commun de tomber malade sur le plan psychique. Les maladies psychiques ne sont pourtant pas considérées comme des maladies comme les autres. Durant la pandémie de Covid, des représentant·e·s politiques peu préoccupé·e·s par le sujet en temps normal semblent s'être soudainement inquiété·e·s de la santé psychique de la population. Toutefois, derrière ce prétendu intérêt pour les effets psychologiques causés par les mesures sanitaires, se cache généralement autre chose : une inquiétude concernant les retombées économiques.

Car si la santé psychique de la population – même en dehors d'une pandémie – était vraiment une préoccupation centrale, les organisations concernées recevraient un soutien financier généreux pour assurer leur mission. Ces dernières années, les représentant·e·s politiques n'ont cessé de déplorer le fait que le nombre de rentes de l'assurance-invalidité (AI) liées à une maladie psychique n'arrêtait pas d'augmenter, mais personne n'a eu l'idée de réclamer un financement plus important pour les organisations qui soutiennent les personnes atteintes dans leur santé psychique. D'une certaine manière, on espérait que si l'on ignorait assez longtemps les personnes souffrant de troubles psychiques, elles disparaîtraient miraculeusement.

Et pourtant, elles sont toujours là. Aujourd'hui, en Suisse, environ 100'000 personnes bénéficient d'une

rente AI en raison d'un trouble psychique, ce qui constitue près de la moitié des bénéficiaires de l'AI. Or, sur les 150 millions de francs suisses que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) distribue chaque année à partir de la caisse de l'AI pour soutenir les organisations pour personnes atteintes d'un handicap, les deux organisations qui représentent les personnes atteintes de troubles psychiques n'en reçoivent même pas la moitié, mais seulement 5,5 millions, soit à peine 3,5 % du montant total. La situation est par exemple complètement différente pour les organisations pour personnes aveugles et malvoyantes : elles perçoivent environ 20 millions par an, bien que seuls 1 % des bénéficiaires de l'AI ne soient concerné·e·s par l'un de ces troubles. Les organisations pour personnes malentendantes reçoivent également une somme élevée : près de 7,5 millions leur sont octroyés, bien que seulement 0,5 % des rentiers et rentières AI ne souffrent de troubles de l'audition.

Ces comparaisons pourraient être poursuivies à l'infini. Lorsque l'on considère non seulement le nombre de bénéficiaires de l'AI mais aussi la répartition globale d'un handicap ou d'une maladie particulière dans la population, les personnes souffrant de troubles psychiques sont massivement surreprésentées. Leurs organisations, en revanche, occupent une place marginale – et pas uniquement sur le plan financier.

D'après l'OFAS, la distribution des aides financières a « augmenté historiquement » selon l'art. 74 LAI.

Il est grand temps que la répartition des fonds soit représentative des besoins actuels de la société. ●

ZOOM

Diminuer et arrêter les antipsychotiques

Par : Laetitia Grimaldi

Objet de débats parfois houleux, la question de la diminution et de l'arrêt des traitements antipsychotiques reste un sujet complexe. Mêlant explications, conseils et témoignages, la brochure gratuite de Pro Mente Sana « Diminuer et arrêter les antipsychotiques »¹ s'adresse aussi bien aux patient·e·s qu'à leurs proches et aux professionnel·le·s.

Médicaments exclusivement délivrés sur ordonnance, les antipsychotiques – littéralement « substances qui calment les nerfs » – sont destinés aux personnes souffrant de psychose. Si les patient·e·s se voient généralement conseiller de poursuivre le traitement sur le long terme, beaucoup refusent cette perspective, notamment en raison des effets secondaires fréquents allant de pair avec ces traitements. Les personnes concernées souhaitent alors n'en prendre qu'une faible dose ou ne plus en prendre du tout.

Les discussions qui en découlent peuvent être source de tensions, d'incompréhensions, de désaccords, parfois même de rupture de la relation avec les soignant·e·s comme avec les proches. Les patient·e·s peuvent en effet vivre difficilement le fait de ne pas trouver d'oreille attentive à leurs préoccupations et de réponses à leurs questions, pourtant légitimes. Du côté des professionnel·le·s, il peut être tout aussi délicat de savoir comment aborder cette thématique, insuffisamment traitée dans les recommandations thérapeutiques et la formation des spécialistes, et donc de savoir comment concilier les connaissances médicales et le parcours singulier de chaque personne désireuse d'arrêter son traitement. Proches et familles sont quant à eux souvent inquiets face à ce désir et peuvent se sentir eux-mêmes incompris, mis à l'écart des prises de décision. Toutes ces difficultés rendent bien souvent les tentatives d'arrêt des traitements périlleuses et hasardeuses, ce qui ne fait que renforcer les convictions de chacune quant à l'impossibilité de vivre sans antipsychotiques.

UN CHEMIN INDIVIDUEL ET COHÉRENT

Il est certain qu'il n'existe pas une seule et unique manière de diminuer et d'arrêter les antipsychotiques. Il s'agit plutôt d'envisager cette démarche comme un chemin individuel et cohérent que chaque personne cherche et trouve pour elle-même. L'objectif est de découvrir ce qui peut et doit venir prendre la place de ces médicaments, en tenant compte de la situation individuelle, des dispositions et des capacités personnelles. C'est un chemin que l'on n'emprunte jamais seul·e : il est important de trouver, pour s'y engager, des partenaires, qu'il s'agisse de proches ou de professionnel·le·s.

Les informations présentées dans la brochure « Diminuer et arrêter les antipsychotiques » ont été rassemblées et rédigées par la commission des traitements psychopharmacologiques de la Société allemande de psychiatrie sociale (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie), puis traduite et adaptée au contexte suisse romand par l'association romande Pro Mente Sana.

La brochure a pour objectif de rassembler connaissances scientifiques, témoignages individuels et outils pratiques afin d'encourager celles et ceux qui le souhaitent à s'engager dans cette démarche d'arrêt ou de diminution des traitements et de leur donner confiance dans leurs chances de réussite. Elle doit être l'occasion d'un dialogue et d'une réflexion individuelle et adaptée à chaque situation. ●

¹ « Diminuer et arrêter les antipsychotiques », Société allemande de psychiatrie sociale, Pro Mente Sana, 2021.

La brochure « Diminuer et arrêter les antipsychotiques » peut être commandée gratuitement au 0840 00 00 60 ou en envoyant un e-mail à brochures@promentesana.org

Défense des personnes souffrant de troubles psychiques et promotion de la santé mentale

CONSEILS TÉLÉPHONIQUES ET PAR COURRIEL

ANONYMES ET GRATUITS

Pour toute personne concernée (patient, proche, professionnel, etc.)

INFORMATION ET SENSIBILISATION

TRAVAUX SPÉCIFIQUES À L'INTENTION DES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES

CONSEIL JURIDIQUE

0840 00 00 61 (tarif local)

- Écoute
- Information sur le droit et les démarches possibles
- Conseils sur les procédures et les voies de recours
- Orientation vers les avocats ou les permanences juridiques

Une juriste, titulaire du brevet d'avocat, répond à vos appels les lundis, mardis et jeudis de 10h à 13h

DÉFENSE D'INTÉRÊTS

SOUTIEN AUX MOUVEMENTS D'ENTRAIDE

CONSEIL PSYCHOSOCIAL

0840 00 00 62 (tarif local)

- Écoute
- Renseignements sur l'offre psychosociale en Suisse romande
- Conseils sur les démarches à entreprendre selon les besoins de la personne
- Orientation vers les ressources et les structures adéquates

Une psychologue OSP répond à vos appels les lundis, mardis et jeudis de 10h à 13h

ABONNEZ-VOUS À NOTRE NEWSLETTER

en envoyant vos coordonnées (Nom, Prénom, adresse e-mail) avec la mention « inscription newsletter » à newsletter@promentesana.org

CONTACTEZ-NOUS

PRO MENTE SANA

Rue des Vollandes 40 - 1207 Genève

0840 00 00 60 (tarif local)

info@promentesana.org

www.promentesana.org

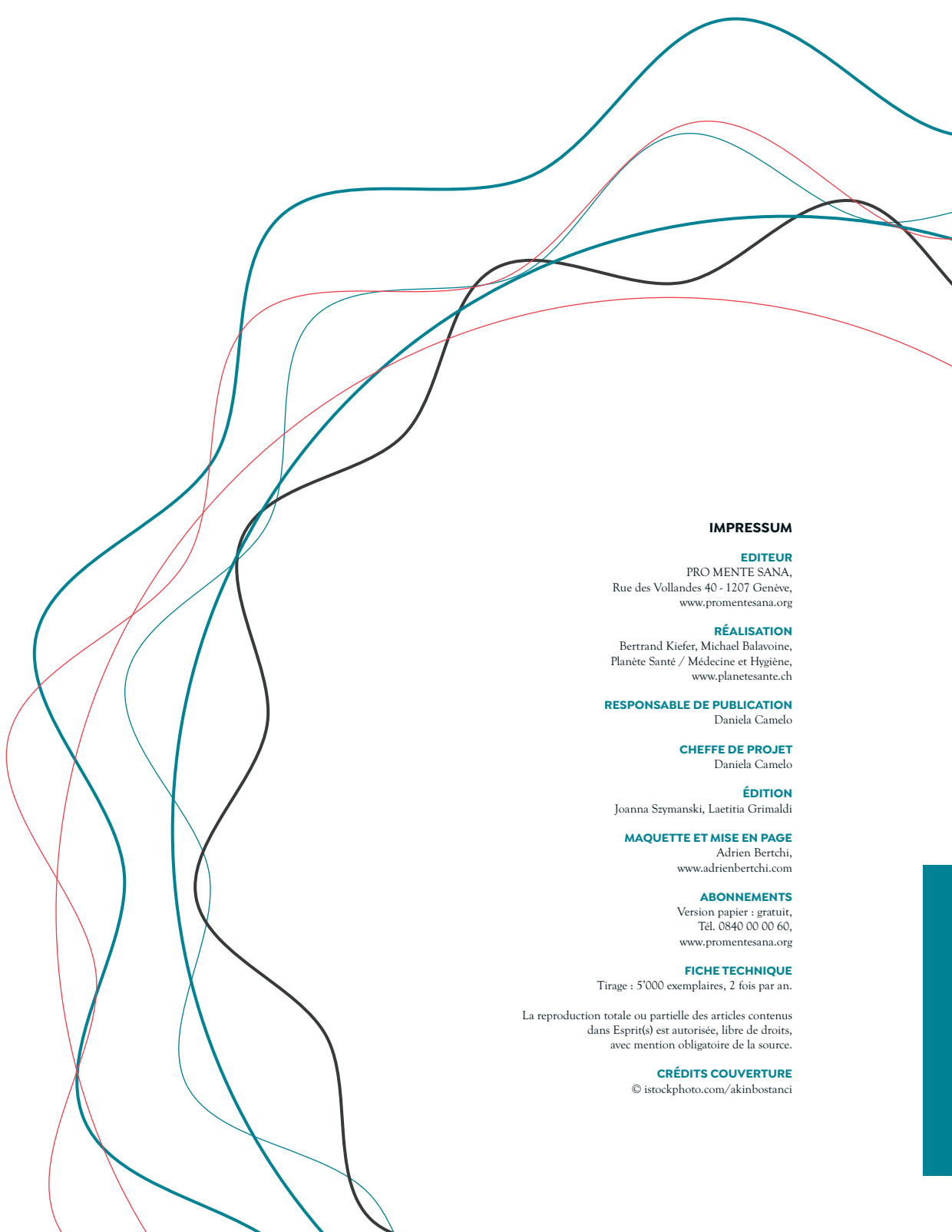
pro mente sana
association romande

Devenez membre de l'association :

www.promentesana.org/devenir-membre

www.facebook.com/promentesana.org

www.linkedin.com/company/association-romande-pro-mente-sana



IMPRESSUM

EDITEUR

PRO MENTE SANA,
Rue des Vollandes 40 - 1207 Genève,
www.promentesana.org

RÉALISATION

Bertrand Kiefer, Michael Balavoine,
Planète Santé / Médecine et Hygiène,
www.planetesante.ch

RESPONSABLE DE PUBLICATION

Daniela Camelo

CHEFFE DE PROJET

Daniela Camelo

ÉDITION

Joanna Szymanski, Laetitia Grimaldi

MAQUETTE ET MISE EN PAGE

Adrien Bertchi,
www.adrienbertchi.com

ABONNEMENTS

Version papier : gratuit,
Tél. 0840 00 00 60,
www.promentesana.org

FICHE TECHNIQUE

Tirage : 5'000 exemplaires, 2 fois par an.

La reproduction totale ou partielle des articles contenus
dans Esprit(s) est autorisée, libre de droits,
avec mention obligatoire de la source.

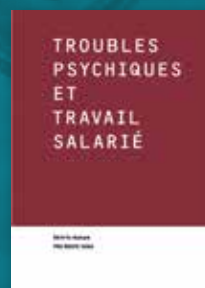
CRÉDITS COUVERTURE

© istockphoto.com/akinbostanci

Découvrez nos brochures thématiques

Apprenez-en plus sur la situation des personnes handicapées psychiques.

Ces brochures traitent du droit à l'autodétermination ainsi que des possibilités d'action et d'intégration pour les personnes concernées, des situations de maladie et de handicap psychiques.



À commander gratuitement au
0840 00 00 60 ou brochures@promentesana.org

Pour les envois en nombre, les frais d'emballage et de port seront facturés.

pro mente sana
association romande