

VERS LA RECONNAISSANCE DU TRAVAIL SOCIAL PALLIATIF ?

* JÉRÔME COLRAT, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION ALYNEA

Depuis des décennies le travail social s'est organisé en partant du postulat que tout individu a une capacité de mouvement et d'insertion. Or, une partie des personnes en situation de grande exclusion a été comme brisée par les épreuves de la vie et n'a du coup plus les ressources nécessaires pour s'engager dans ce parcours. Il s'agit dès lors de penser une intervention de proximité qui va s'assimiler à une écoute relevant plus de la sollicitude et de la compassion que de la solidarité.

Depuis des décennies le travail social s'est organisé dans une logique de transformation de la personne en vue de son insertion. Dans ce contexte, le concept de travail social palliatif pourrait paraître comme provocateur. Les soins palliatifs dans le champ médical nous en avons une représentation, mais dans le champ social à quoi cela pourrait-il correspondre ? Au contraire n'y aurait-il pas une certaine forme de résignation et du coup de danger à considérer que des individus ne relèveraient pas d'un parcours d'intégration ? À quoi pourrait se raccrocher l'accompagnement quand celui-ci doit renoncer au mouvement ?

Il est probable que de telles questions aient aussi préfiguré à la mise en place des soins palliatifs. Il y a cependant une différence notoire entre les soins palliatifs et le travail social palliatif. Dans un cas ils s'adressent à des personnes atteintes de maladies graves, évolutives ou terminales et dans l'autre à des personnes en pleine force de l'âge pour qui l'on renoncerait à un parcours d'intégration.



Bien évidemment, les usagers du social ne forment pas un tout homogène. Pour nombre d'entre eux la notion de parcours d'insertion est évidemment souhaitable et possible. Cette évolution radicale du travail social se pose pour les personnes en situation de grande exclusion. Après avoir présenté la structure dans laquelle je travaille, je décrirai ces personnes en situation de grande exclusion et en quoi l'approche palliative peut être ajustée à leur réalité.

UNE APPROCHE MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE

L'association Alynea¹ accompagne depuis plus de 40 ans les plus démunis dans leur parcours de vie. Elle s'est donnée pour mission d'accueillir, d'écouter, d'orienter, d'héberger, de réinsérer par le logement et l'insertion professionnelle, de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation d'exclusion et de précarité, dans un esprit d'innovation sociale. L'inconditionnalité de l'accueil fait partie de ses principes et chaque action menée cherche à garantir la dignité de la personne humaine, dans un esprit associatif, avec un fort engagement professionnel. La diversité des situations rencontrées appelle des approches adaptées. L'association assure le pilotage du Samu social 69 dont les travailleurs sociaux vont, toute l'année, à la rencontre des personnes qui, dans la rue, paraissent en détresse physique ou morale, les « grands exclus », et les accompagnent dans le laborieux chemin qui mène du dehors au-dedans. Elle gère trois centres d'hébergement à haut seuil de tolérance. On entend par là accueillir des personnes dont le comportement, la consommation de toxiques ou encore la présence d'animal de compagnie, est incompatible avec leur accueil dans des structures traditionnelles. L'association dispose aussi d'un centre

d'hébergement d'urgence pour femmes victimes de violences conjugales, d'un centre d'hébergement et d'insertion, d'un service autour de l'emploi et de la formation et d'un dispositif de prévention en santé mentale. L'association Alynea a su faire évoluer ses missions avec l'augmentation de la précarisation liée au chômage de masse, au mal logement, aux parcours d'immigration souvent très difficiles.

DES PARCOURS TRÈS HÉTÉROGÈNES

Le vocable SDF fait peur. Sans doute renvoie-t-il, dans l'inconscient collectif, à la crainte d'une potentielle agression ou plus simplement à celle de devenir soit même SDF. Dans le cadre d'un sondage CSA/Emmaüs (novembre 2009), 56 % des Français estiment qu'ils pourraient un jour devenir sans-abri. Il est difficile de définir « un » profil des personnes que nous accueillons, compte tenu de la très grande hétérogénéité de leur parcours. Nous pouvons néanmoins distinguer trois grandes catégories : *Les « grands exclus »*. Il s'agit de personnes qui ont connu des ruptures fortes avec leur famille, avec le soin, avec la société. Nous reviendrons plus en détail sur ce qui permet de les caractériser car c'est pour cette catégorie de population que la notion de social palliatif peut faire évoluer les modalités de prise en charge. *Les personnes aux statuts administratifs complexes*. Il s'agit de personnes parfois en situation irrégulière sur le territoire français, souvent en recours administratif. Elles ne sont ni tout à fait régularisables, ni tout à fait expulsables. N'ayant pas l'autorisation de travailler, elles se trouvent dans une très grande précarité. C'est là que nous accueillons le plus grand nombre d'enfants.

Les personnes relevant de l'urgence traditionnelle : femmes victimes de violences, personnes expulsées de leur logement, travailleurs pauvres, personnes de passage dans la région... C'est dans cette catégorie de population qu'un parcours d'insertion est le plus réaliste.

LES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE EXCLUSION

Il n'est pas simple de donner une définition précise des personnes en situation de grande exclusion. Ce qui est certain, c'est que la figure du « clochard philosophe », le litre de rouge dans la poche, relève plus de l'imagerie d'Épinal que de la réalité.

Pour tenter de donner quelques caractéristiques de ces personnes qui survivent dans la rue : sur l'année 2011, nous avons rencontré un peu plus de 1 300 personnes différentes. Pour 85 % ce sont des hommes, âgés majoritairement entre 30 et 40 ans. Les moins de 25 ans représentent 14 % des personnes rencontrées et les plus de 45 ans, 32 %. Ils sont majoritairement de nationalité française, 65 %. Au-delà de ces quelques données statistiques, nous pouvons identifier quelques points communs qui tendent à montrer que ce sont des personnes qui ont connu des ruptures fortes avec leur famille, avec le soin, avec la société. Bon nombre des personnes rencontrées ont pu faire l'objet dans leur jeunesse de mesures éducatives dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance avec des placements en famille d'accueil ou maison d'enfants.

D'autres encore relèvent d'abord de problématique de santé mentale. Il faut savoir qu'en France, il a été fermé plus de 40 000 lits en hôpital psychiatrique² entre 1987 et 2000. À la suite du mouvement anti-asilaire de la fin des années 1970, les hospitalisations se sont faites de plus en plus courtes, avec un fort développement de la psychiatrie hors les murs. La prise en charge sectorisée a trouvé ses limites avec des patients qui n'ont pas de domicile, ni d'étayages familiaux suffisants pour poursuivre les soins.

Enfin, un certain nombre de personnes sortent de prison ou font des allers retours réguliers. Notons qu'il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui cumulent ces trois formes de ruptures.

2. Source : lien social n° 738 du 27/01/05.

L'ILLUSOIRE PARCOURS D'INSERTION

Aujourd'hui, la crise du logement ne peut expliquer à elle seule les difficultés de réinsertion. Bien sûr, plus de logements disponibles permettraient davantage de parcours d'insertion. Cependant nous manquons aujourd'hui de structures adaptées à des personnes parfois très désocialisées qui n'ont pas l'autonomie nécessaire pour accéder à un logement traditionnel. Du coup, la seule solution possible réside dans les structures d'hébergement d'urgence qui se trouvent dans le paradoxe d'héberger pendant des mois, et quelquefois des années, des personnes qui ne relèvent plus de l'urgence mais d'une prise en charge adaptée.

Pour l'Insee, on est « âgé » à compter de 60 ans, l'entrée en établissement pour personnes âgées se fait en moyenne autour de 85 ans. Cependant, l'espérance de vie des personnes sans-abri est beaucoup plus courte. On ne vit pas très vieux dans la rue, une équipe de psychiatres de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille et l'ONG Médecins du Monde font état d'une espérance de vie de 44 ans pour les femmes et 56 ans pour les hommes. Il convient donc de prendre en compte ces personnes vieillissantes dans des lieux qui leur correspondent et où la prise en charge n'est pas conditionnée à une durée de séjour. Ces lieux doivent être très en lien avec le secteur sanitaire pour permettre l'accueil de ces personnes dans toutes leurs dimensions. Sans doute faut-il renouer avec une fonction asilaire qui ne soit pas « enfermante ».

Il convient d'être créatif pour prendre en compte les différents besoins, notamment des personnes isolées et vieillissantes. Il faut être attentif à penser des lieux à haut seuil de tolérance, permettant des allers retours entre le dedans et le dehors.

Il faut aussi décloisonner de façon radicale le secteur social et sanitaire. Il n'est plus pensable de continuer d'accueillir des personnes en très grandes souffrances psychiques sans avoir un réel

accompagnement médical. Nous hébergeons régulièrement des personnes en sortie aménagée d'hospitalisation d'office, est-ce bien notre rôle ? Il y a aujourd'hui une réelle hypocrisie à demander aux structures sociales, dites d'urgence, de compenser tous les autres dispositifs qui ont été mis en échec. À trop vouloir pallier à toutes les demandes, on finit par ne plus trop savoir ce que l'on y fait.

UNE HUMANITÉ RELATIVE QUI FLUCTUE SELON LA SAISON ET L'ÉTAT DE SANTÉ

Je suis toujours frappé par l'invisibilité de ces personnes que nous qualifions de grands exclus. Ils ont une humanité relative qui fluctue selon la saison et leur état de santé. C'est un peu comme si cette part d'humanité ne leur était accordée que parce qu'il ferait froid ou qu'ils seraient tout d'un coup trop malades pour que la société reste indifférente. On s'émeut que des SDF meurent dans la rue, là où il faudrait plutôt se révolter qu'ils y survivent !

La situation de M. K. est assez emblématique. Un parcours d'une bonne vingtaine d'années de rue, ce M. a la particularité de beaucoup s'exposer. Son lieu de couche était installé sur un secteur très passant, à tel point qu'il était très souvent signalé au 115. Il est sans doute le sans-abri le plus connu des Lyonnais. Lors d'une maraude du Samu social 69 nous nous sommes aperçus que ce M. restait couché alors qu'il était d'ordinaire très actif. Après bien des efforts nous avons réussi à le faire hospitaliser. Le diagnostic a été radical : obligation de l'amputer de ses deux jambes. Compte tenu de son passé de rue, d'un comportement pour le moins atypique, les services sociaux de l'hôpital ont eu beaucoup de difficultés à lui trouver une solution adaptée. Il a donc passé près de 2 mois dans un service d'urgence et près de 2 ans dans un centre médico-chirurgical de réadaptation. Le coût estimé de ce parcours de soin est de l'ordre de 500 000 € ! Pourquoi avoir attendu que cet homme

soit à l'article de la mort pour engager de tels frais ? Survivre dans la rue n'est-ce pas déjà un motif suffisant pour prendre en charge des personnes en grande souffrance ? C'est finalement le degré de culpabilité de la société qui a fait que tout d'un coup il a été décidé de le sauver. Tout cela n'est évidemment pas très rationnel pour les finances publiques, et humainement très contestable. Quel parcours préventif aurait-il été possible de proposer à cet homme ? Aujourd'hui pas grand-chose et c'est en ce sens que le concept de travail social palliatif trouve tout son intérêt.

LE CONCEPT DE TRAVAIL SOCIAL PALLIATIF

On doit une description précise du concept de travail social palliatif à Marc-Henry Soulet, de la chaire de travail social et politiques sociales de l'Université de Fribourg. M.-H. Soulet reprend la définition de Jacques Donzelot qui décline les deux aspects du travail social : protéger l'individu de la société et protéger la société de l'individu. Dans la protection de l'individu il ne s'agit plus tant de protéger des dangers que de compenser les dégâts, les injustices sociales. C'est aussi promouvoir l'usager comme acteur à part entière de sa prise en charge. Plutôt que de renforcer la dépendance, c'est la capacité à générer des résultats autonomes qui va être recherchée. La protection de la société va se traduire par un durcissement de la logique de la défense sociale avec le développement des politiques sécuritaires. Aujourd'hui, la tendance se situe donc bien autour d'un Etat social actif qui vise au développement des capacités d'action des individus. Cette politique part du postulat que tout individu a cette capacité de mouvement, d'insertion. Nous l'avons vu, une partie des personnes en situations de grande exclusion, a été comme brisée par les épreuves de la vie et n'ont du coup plus les ressources nécessaires pour s'engager dans ce parcours. Pour M.-H. Soulet (2007), « ce n'est pas sa perfectibilité qui doit être au centre de l'intervention mais sa vulnérabilité ».

UNE ÉCOUTE RELEVANT PLUS DE LA SOLLICITUDE ET DE LA COMPASSION QUE DE LA SOLIDARITÉ

La finalité du travail social palliatif est de considérer la personne comme un individu à part entière, porteur de dignité. Ce n'est pas tant la transformation de l'autre qui est recherchée que l'inscription dans la durée. Pour cela, l'enjeu est de créer un espace de parole et de réconfort afin de permettre l'énonciation de la souffrance. Il s'agit de penser un dispositif mêlant disponibilité à autrui et grande accessibilité par une logique d'intervention de proximité. L'intervention va du coup davantage s'assimiler à une écoute relevant plus de la sollicitude et de la compassion que de la solidarité. Cela suppose une grande adaptation aux caractéristiques individuelles de ceux qui n'ont pas la ressource nécessaire pour s'inscrire dans un parcours d'intégration classique. L'enjeu est de parvenir à identifier une place relative où les personnes pourront « trouver un certain degré d'autonomie et des conditions pas trop mauvaises d'existence » (Soulet, 2007). Il y a dans cette démarche une officialisation d'un renoncement à « une intégration verticale ». D'ailleurs, depuis la mise en place du revenu minimum d'insertion, nous avons des personnes inscrites dans ce dispositif depuis plus de 20 ans ! Pour M.-H. Soulet c'est « la fin de l'acharnement projectuel et sortir de la logique de transformabilité de la personne ».

Ce changement radical dans l'approche du travail social, pour une partie de la population, n'est pas sans poser de nombreuses questions. Qu'est-ce qu'accompagner veut dire quand il ne s'agit plus de la modalité de passage de l'accueil à l'autonomie ? Que recouvre l'accompagnement quand celui-ci doit renoncer au mouvement ? Sur quoi fonder la professionnalité des intervenants ? Comment évaluer un accompagnement immobile ? Nous pouvons faire l'hypothèse qu'une partie de l'expérience des soins palliatifs serait largement transposable à ce travail social d'un nouveau genre.

Le travail social palliatif deviendra concret « quand l'accompagnement se fera pour aider à tenir plus que pour aider à changer ». Cela nécessite de sortir d'une approche exclusivement sociale. L'individu forme un tout qui ne peut être découpé selon les rondelles des compétences des politiques publiques. C'est bien en nous inscrivant dans une approche médico-psycho-sociale que nous parviendrons à répondre à cet enjeu de la place de chacun dans la société.



Référence

Soulet Marc-Henry, « La reconnaissance du travail social palliatif »,
Dépendances, décembre 2007, 14-18.

