

« Vous avez dit GEM ? »

Bernard Durand, Psychiatre, président de la FASM Croix-Marine

Je voudrais d'abord remercier l'équipe et les adhérents du Club des Peupliers de m'avoir invité, car j'ai eu l'occasion alors que j'étais encore étudiant en médecine de passer un certain nombre de moments au Club des Peupliers, alors qu'il en était encore à ses débuts, et ceux-ci ont sûrement tenu une place importante dans mon choix de devenir psychiatre.

Pour commencer, je voudrais d'abord rapprocher deux textes que quarante-cinq ans séparent. Le premier, ce sont les statuts du Club des Peupliers, tels qu'ils ont été déposés en juillet 1960, à la préfecture de Paris. Que disaient-ils ? Que le Club des Peupliers est une association qui a pour but de rassembler ses membres « pour s'aider mutuellement, matériellement et moralement ». Le second, c'est une circulaire du mois d'août 2005 qui reprend pratiquement ces mêmes termes pour définir les Groupes d'entraide mutuelle.

Cela conduit à s'intéresser à la genèse de ces groupes d'entraide mutuelle et à la filiation dans laquelle ils s'inscrivent. Je ne vais pas répéter ce qu'on a déjà dit à propos de la dimension de la psychothérapie institutionnelle : on a suffisamment souligné depuis ce matin, la richesse apportée par les clubs thérapeutiques et François Bonnal vient de nouveau de parfaitement l'exposer. L'autre filiation des GEM se situe du côté des club houses, parce que c'est à partir de ce modèle que les premiers clubs d'usagers, comme ils commençaient à s'intituler, ont été montés à Paris, je pense par exemple « aux Neveux de Rameau », initié par Claude Finkelstein, présidente de la Fnapsy.

À côté de cette filiation en rapport avec l'évolution des clubs, il y a un deuxième élément, du côté conjoncturel, c'est la loi du 11 février 2005. La loi du 11 février 2005 s'inscrit dans un mouvement qui est tout à fait important qui est celui de la montée en puissance des usagers.

Il s'agit pour eux de ne plus être considérés simplement comme des gens à qui on offre des prestations de soins ou que l'on traite comme des consommateurs de soins, mais comme des usagers se présentant eux-mêmes comme des partenaires qui ont leur avis à donner sur les dispositifs de soins et d'accompagnement, qui ont des choix et des exigences à faire valoir.

Et effectivement, l'une de ces exigences, est liée au fait qu'ils constatent que depuis 1975, année de la loi d'orientation sur les personnes handicapées qui avait permis

d'améliorer les réponses sociales pour les personnes handicapées, pratiquement rien n'a changé pour eux, sur le plan de leur vie quotidienne, par rapport à la situation d'ostracisme dont ils sont l'objet et en particulier, rien n'a été fait pour leur permettre de remédier à leur solitude parfois extrême, qui est une composante de ce qu'ils revendiquent comme situation de handicap psychique. Cette revendication, relayée également par les familles regroupées au sein de l'Unafam, a conduit Ségolène Royal qui était à l'époque secrétaire d'État aux personnes handicapées, à commanditer un rapport confié à Michel Charzat sur les caractéristiques du handicap psychique.

Cela a débouché sur un certain nombre de propositions dont la reconnaissance des situations de handicap psychique liées aux affections mentales, propositions qui seront reprises et défendues dans le cadre d'un livre blanc des partenaires de la santé mentale, signé par l'Unafam, la Fnapsy et la Fédération d'Aide à la santé mentale Croix-Marine qui était à l'époque présidée par Clément Bonnet (par ailleurs médecin-directeur de l'ASM13), livre blanc qui demande la généralisation des clubs. Ce texte reprend et valide cette dimension du handicap psychique qui était, faut-il le rappeler, la définition même de notre mouvement Croix-Marine qui s'était créé en 1952 pour « apporter une entraide – vous voyez que ce mot n'est donc pas nouveau, pour les personnes handicapées et mal adaptées psychiques ». Vous constatez également que le mot handicap psychique était lui aussi déjà présent.

Quelques années plus tard, il y a eu la loi de 1975, et ce mot de handicap est alors devenu tabou, dans la mesure où il réactivait des représentations très stigmatisantes : à l'époque, on imaginait que le handicap, c'était le renoncement au soin, ce que les psychiatres ne pouvaient bien sûr accepter. Mais c'est parce qu'on avait aussi des représentations biaisées et caricaturales de ce que pouvait être le handicap.

La loi du 11 février 2005 a modifié complètement l'idée d'incurabilité et de renoncement aux soins que voyaient certains dans le handicap, puisque celui-ci n'est plus positionné du côté de la personne, mais est lié à la situation de celle-ci dans son environnement. La situation de la personne peut être liée à un certain nombre de caractéristiques qui lui sont propres, certes, mais elle dépend également de la manière dont l'environnement, agit et prend en compte ou pas ces difficultés.

Les mouvements de personnes handicapées disent que le handicap, « c'est d'abord l'environnement qui ne nous prend pas en compte ». Je vous donne un exemple très classique : il y a quarante ans, quand vous proposiez à des gens une séquence où l'on voit une personne en fauteuil roulant, voulant poster un paquet à la poste et qui se casse le nez à l'entrée de la poste et que vous leur demandiez : « qu'est ce qu'il se passe ? » La réponse était le plus souvent, c'est parce qu'il est en fauteuil roulant, il est handicapé. Aujourd'hui, ils vous répondront : c'est parce qu'il n'y a pas de rampe pour pouvoir rentrer dans la poste. Cela dit, l'exemple de la poste n'est peut-être pas

bon, car les bureaux de poste ont effectivement changé, mais il y a encore plein de d'occurrences où la question de l'accès se pose encore.

On voit très bien ainsi le renversement de la définition, et pour le handicap psychique, c'est la même chose. Il faut qu'on arrive à se représenter la capacité ou non de notre société à pouvoir faire un accueil à ces personnes, car une des grandes questions du handicap psychique, c'est celle de la difficulté à créer du lien social. On voit bien effectivement, que pendant des années, on a eu beaucoup de difficultés à faire accepter des structures sociales plus particulièrement dédiées aux personnes affectées de troubles psychiques. Je vais vous raconter une anecdote que j'ai vécue : un jour, j'allais voir un maire pour le solliciter sur un projet s'inscrivant dans le social : j'avais le sentiment que celui-ci m'écoutait avec attention et je me réjouissais déjà à l'idée qu'il allait soutenir ce projet. Mais je me leurrais complètement, parce qu'au bout de dix minutes, il m'a brutalement interrompu et m'a dit « mais si je comprends bien, docteur, vous me parlez de malades mentaux ? Alors, allez donc voir la sécurité sociale et l'hôpital psychiatrique de Clermont », car cela se passait dans l'Oise. Vous voyez là l'une des composantes du handicap psychique : le refus de considérer ces personnes en dehors des lieux considérés implicitement comme des lieux de relégation et l'absence de place pour elles dans la cité en tant que citoyen lambda.

La notion de handicap psychique a permis d'abord de faire exister une nouvelle population dans la société, c'est clairement énoncé dans le rapport Charzat, ainsi que par les représentants des familles ; ce n'est d'ailleurs pas le moindre paradoxe, au moment où la définition nouvelle du handicap conduit à sortir des logiques de filières, de faire exister une nouvelle catégorie, mais il n'était guère possible d'éviter ce détour.

En même temps, ce terme de handicap psychique permet un processus de réappropriation de la parole ; comme l'a écrit Guy Baillon, « nous sommes passés d'un monde de paroles non valides à un monde où le fait de dire « je suis une personne en situation de handicap psychique » restaure cette personne, le « je » partiellement non malade de la personne est reconnu et lui donne un autre statut ». C'est ce que l'on constate tous les jours lorsque l'on rencontre des usagers dans des GEM où l'on comprend également l'importance de l'investissement d'un lieu qui n'est plus celui des soignants, mais un espace qui leur soit propre.

Aurélien Troisœufs rappelait tout à l'heure que la loi de février 2005 qui a créé les GEM envisageait ceux-ci comme une compensation du handicap. Mais ce qu'il faut souligner, c'est que cette forme de compensation est ciblée, non pas sur une personne handicapée, comme le font habituellement les MDPH, mais qu'elle est collective et qu'elle n'exige pas de conditions d'éligibilité : cela est tout à fait nouveau et intéressant.

Lorsque peu de temps après la signature de la circulaire créant réellement les GEM, en août 2005 – signature qui s’était déroulée au ministère de la Santé par M. Xavier Bertrand, (qui vient de nouveau d’être nommé ministre de la Santé), en présence du président de l’Unafam, de la présidente de la Fnapsy et de moi-même, au titre de la FASM Croix-Marine – Xavier Bertrand a demandé à aller visiter un GEM ; je lui ai soufflé très fort alors le nom du Club des Peupliers, parce que celui-ci est vraiment le prototype des GEM. J’évoquais à l’instant ses premiers statuts qui mettaient en avant cette dimension d’une entraide mutuelle en dehors de toute implication médicale et soignante, ce qui à l’époque était tout à fait inhabituel.

On parlait tout à l’heure du flou et de la diversité des GEM, c’est un fait, et c’est vrai que vouloir les définir très précisément est extrêmement compliqué. Alors qu’au départ, tous les GEM ont touché le même montant de subvention, on constate que les horaires d’ouverture et le nombre de personnes inscrites varient beaucoup selon les GEM. Quand il y a des GEM qui ne sont ouverts qu’une demi-journée par semaine, ça pose question quand ils ont touché la même somme que vous, mais a contrario, on sait aussi qu’il existe des GEM où il y a 400 personnes inscrites et cela, ça pose aussi un problème. Cela dit, il va bien falloir avancer en la matière parce qu’à partir du 1er janvier 2011, les GEM vont être financés, via la CNSA, par les agences régionales de santé et d’ailleurs, le cahier des charges des GEM est en train d’être réécrit.

Une chose qu’Aurélien Troisœufs n’a pas dite tout à l’heure, c’est comment les adhérents des GEM se définissent : lorsqu’on les écoute, en tout cas lorsque c’est Aurélien qui les écoute à l’occasion du travail qu’il a fait sur et dans les GEM, on constate que plutôt que de définir le GEM, ils le définissent par ce en quoi il est différent de l’hôpital psychiatrique et de la dimension des soins. Ici, disent-ils, c’est un endroit où on me fout la paix, c’est un endroit où on ne me demande rien, c’est un endroit où on peut décider, et je pourrai en rajouter à travers ce que j’ai moi-même souvent entendu, comme par exemple : « ici ce n’est pas comme l’hôpital, ici, ce n’est pas un lieu de soin, c’est différent, il n’y a pas de soignants ».

Voilà, c’est une revendication majeure des usagers, de pouvoir se retrouver entre eux et de pouvoir développer cette notion d’entraide qui est dans le texte même de la circulaire qui a fondé les GEM. On a parlé aussi des GEM comme « banc d’essai des relations sociales » : je pense que le témoignage que nous a apporté François Bonnal tout à l’heure montre bien qu’ils peuvent jouer ce rôle dans l’insertion secondaire dans d’autres clubs, qui ne sont pas des clubs d’usagers, mais des clubs ouverts à tout un chacun dans la société.

Ce que je voudrais dire aussi par rapport à cette volonté de se retrouver entre usagers, c’est qu’il faut que les usagers soient vigilants, lorsque l’on constate la facilité avec laquelle certains sont prêts à parler à leur place, que ce soit du côté des soignants, ou même d’associations qui se présentent comme des associations

d'usagers, mais qui sont en fait pilotées en sous-main par des professionnels. Je pense que la parole des usagers doit être respectée, quitte à être ne pas d'accord avec eux : il m'est arrivé de m'engueuler avec Claude Finkelstein, mais lorsque cela nous est arrivé, je sais qu'elle est représentante des usagers et qu'elle a effectivement une expérience, qu'elle est experte à sa manière de la maladie, et que moi je parle d'une autre place et que là dessus il n'y a pas d'ambiguïté. Mais lorsque l'on change de casquette ou que l'on arrive masqué, cela pose des problèmes.

Je voudrais rebondir sur un mot qui a été prononcé ce matin, je crois que c'est Mireille Nathan-Murat qui a dit ça, c'est le problème de l'involution de la psychiatrie. Je ne sais pas si ce mot est bon, mais en tout cas, il reflète une certaine réalité. Je crois qu'on a parfois toutes les raisons d'être inquiet, parce que c'est vrai, les pratiques ont changé, à part peut-être à La Borde dont nous a parlé Michel Lecarpentier. Vous avez tous vu le film « La moindre des choses » de Philibert sur la préparation d'une pièce de théâtre à La Borde ? Mais pour arriver à réaliser ce que l'on nous montre dans ce film, il faut que les patients restent longtemps à l'hôpital qui est alors également un lieu de vie d'où la nécessité de disposer d'un club thérapeutique, d'offrir des activités, etc.

Mais lorsque vous avez un modèle hospitalier qui se calque sur le modèle médical traditionnel, où on va à l'hôpital pour un court séjour, tout ça n'a plus beaucoup de sens. On ne va pas pouvoir monter un spectacle comme Philibert l'a filmé, dans un endroit où l'on va garder les patients quinze jours ou trois semaines maximum.

En soi d'ailleurs, avoir raccourci le temps des hospitalisations, c'est plutôt une bonne chose, pour autant qu'un relais existe à la sortie et que la continuité des soins soit réellement assurée. Mais de plus en plus, le modèle des soins psychiatriques se calque sur le modèle de la médecine, et plus précisément de la médecine dite « basée sur les preuves » qui néglige complètement la dimension de la rencontre intersubjective. Et là, c'est effectivement inquiétant, car la psychiatrie risque de devenir une médecine objectivante, où l'on va mesurer le taux de dépression, le taux d'agressivité, le taux de je-ne-sais-quoi, sans s'intéresser à la souffrance ressentie par le patient. Tout ça pour prescrire des médicaments et rechercher une efficacité à court terme. De même, il faut constater que l'on n'a jamais vu autant de mesures de contentions qu'aujourd'hui dans le monde hospitalier. De ce point de vue, c'est vrai que l'on peut parler d'involution, car on est effectivement bien loin d'une psychiatrie où l'on se préoccupait de l'importance de l'accueil, de la relation et de la construction de liens.

Mais ce n'est pas la fermeture des lits qui constitue une régression majeure, comme le disent certains psychiatres qui estiment qu'il n'y a pas assez de lits en psychiatrie. Si ponctuellement, c'est vrai, le vrai problème, c'est que l'on n'a pas assez de lits, mais des lits, simplement pour y dormir, d'où le nombre de patients psychotiques à la rue.

De plus, avoir un lit pour dormir, ça ne suffit pas, car il faut pouvoir également habiter l'espace dans lequel se trouve ce lit, d'où la nécessité d'un accompagnement. Mais faut-il vraiment

que cet accompagnement soit soignant, médical ? Ce n'est pas sûr du tout, en tout cas il y a des gens qui nous ont montré qu'ils pouvaient le faire dans un autre cadre que les soins et si l'on parle de l'involution de la psychiatrie, d'un retour en arrière à cause de ça, je ne suis pas d'accord. On ne va quand même pas prôner le retour en arrière dans l'asile.

Ce qui est important et intéressant actuellement, c'est la montée en puissance des usagers, le fait qu'ils aient quelque chose à réclamer et qu'ils le réclament. Je peux vous assurer qu'il y a presque cinquante ans, lorsque j'ai commencé à travailler en psychiatrie, personne ne parlait au nom des patients et ils subissaient des choses incroyables. Il leur a fallu du temps pour qu'ils commencent à s'organiser et puissent dénoncer un certain nombre de choses. Aujourd'hui, ils sont là et ils ont leur mot à dire, ils ne se laissent plus faire. S'ils se laissent faire peut-être individuellement, lorsqu'ils vont très mal, collectivement ils sont là, ensemble. Je crois que cette dimension est tout à fait essentielle.

Les usagers ont créé des lieux, les GEM, qui seront peut-être demain des lieux de résistance par rapport à cette involution d'une psychiatrie relationnelle et humaine. Les GEM sont des lieux où l'on peut vivre, des lieux où on peut faire de la coexistence comme l'on disait tout à l'heure, des lieux qui peuvent permettre de construire cette continuité existentielle dont parlait Michel à l'instant.

Ces lieux s'inscrivent dans tout un mouvement de développement de structures d'accompagnement initiées par la loi du 11 février 2005, structures que certains critiquent parce qu'il ne s'agit plus de lieux psychiatriques : on voit ainsi apparaître des SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale), des Samsah (service accompagnement médico-social pour adultes handicapés) qui réalisent souvent des formes de passage entre la composante du soin psy et l'insertion sociale. Je vous conseille de voir un film qui s'appelle « Laissez reflourir en moi la vie » – je ne sais si certains d'entre vous l'ont déjà vu – qui montre le travail extrêmement subtil et l'évolution de certains patients à travers les occurrences de la vie quotidienne dans un SAVS.

Il se trouve que j'ai rencontré à plusieurs reprises, au moins l'un des patients de ce film qui était venu présenter celui-ci dans un colloque, et j'ai été stupéfait de l'évolution de cet homme et de la manière dont il parlait de sa propre maladie, la schizophrénie. Le SAVS qui accompagne ce patient n'est pas un lieu de soin, même si celui-ci a bien sûr par ailleurs un psychiatre. On constate que les valeurs de la psychothérapie institutionnelle qui disparaissent de plus en plus des services de

psychiatrie sont présentes dans ces nouvelles structures et j'irais même jusqu'à dire que c'est peut-être au sein de celles-ci que l'on poursuit l'esprit du secteur avec la volonté de créer du lien, de mettre de la vie et des échanges. C'est peut-être, tout compte fait, la réalisation de ce que préconisaient des pionniers comme Lucien Bonnafé ou Roger Gentis, lorsqu'ils parlaient de faire de la psychiatrie sur l'agora, de la psychiatrie faite par tous. C'est vrai qu'aujourd'hui il y a une espèce de fonction thérapeutique généralisée pour reprendre le terme de Michel Lecarpentier. Certes elle est assurée par des gens qui ne sont pas des thérapeutes, mais il est indéniable néanmoins qu'il s'agit bien d'une fonction thérapeutique, et que le GEM fait partie de ce grand ensemble des fonctions thérapeutiques généralisées.

Nous avons organisé, il y a deux ou trois ans des journées sur le thème « soins institués et soignances profanes ». Les soignances profanes, c'est tout ce qui peut créer du lien social, de la vie, de la rencontre avec des modalités qui ne sont pas celles d'un projet de soin, mais qui provoque quelque chose de l'ordre de la vie et cette dimension est tout à fait essentielle. Je crois que les GEM participent de ces soignances profanes et l'expérience du Club des Peupliers le montre bien. Ils contribuent également au changement des représentations sociales de la maladie. Ce matin Odile nous disait que lorsque le Club des Peupliers allait à l'Opéra, on les prenait pour des provinciaux. Mais c'était déjà un grand progrès !

Vous constatiez tout à l'heure que vous n'aviez pas vraiment réussi à faire du club un café (sans alcool) ouvert sur la rue. Mais il se trouve qu'il y a des GEM qui fonctionnent comme ça, par exemple à Saint-Nazaire. Et bien, ça va changer indéniablement des choses sur la manière dont les gens se représentent les personnes confrontées à une souffrance psychique. Je me souviens que les membres du GEM de Saint-Nazaire, craignaient que l'on dise « ici c'est le bar des fous ».

Mais en fait, quand les gens passent devant ce café, ils découvrent tout d'un coup que le fou, ou le malade mental, ou l'usager, celui qui voit des psychiatres, qui ne va pas bien dans sa tête, bref toutes les images qu'on peut avoir dans la tête, ils découvrent que celui-ci, c'est quand même mon voisin, mon proche, celui que je rencontre chez le boulanger, que je croise sur le trottoir, alors que pendant des années l'image qui prévalait, c'était celle de quelqu'un qui était relégué dans un hôpital plus ou moins lointain où il était enfermé.

Les GEM vont faire changer les représentations et ça, c'est important. Je me souviens encore de l'inauguration d'un GEM en Bretagne : il y avait là, le Préfet qui s'était déplacé, le député maire, le président du conseil général, enfin il y avait vraiment beaucoup de gens et on était assez serrés. Je me souviens avoir fait remarquer alors au Préfet, lors du pot qui a suivi les discours, qu'habituellement lorsqu'il allait visiter une unité de soins psychiatriques, il était entouré de blouses blanches et qu'il était généralement tenu à l'écart des patients. Or, là, il était entouré de plein de gens : il y

avait des élus, il y avait des professionnels, mais aussi des adhérents du club, considérés comme des malades mentaux et il était bien dans l'impossibilité de dire qui était malade et qui ne l'était pas. Je crois que cela est tout à fait important et peut être qu'à terme, cela va changer radicalement bien des choses.

Avant de conclure, je voudrais rappeler que les GEM vont être gérés à partir du mois de janvier par les ARS et qu'on est en train d'écrire le nouveau cahier des charges des GEM qui prévoient la signature de nombreuses conventions y compris avec les secteurs de psychiatrie. Je repense alors à ce qu'on évoquait ce matin à propos de Philippe Paumelle qui avait eu l'idée de créer le Club des Peupliers dans le XIIIe, bien avant l'installation de lits. J'ai trouvé aussi extraordinaire l'idée de Paumelle, lorsqu'il a créé des lits à Soisy, de demander aux adhérents du Club des Peupliers de venir poser la première pierre. C'est vraiment tout à fait intéressant de voir qu'il concevait les lits comme un des éléments de la vie de la cité et comment, tout en respectant la dimension non soignante du club, il avait su le solliciter pour une telle manifestation. On voit là comme un modèle des liens pouvant exister entre les GEM et les secteurs de psychiatrie.

Je voudrais enfin dire quelques mots sur les notions de parrainage d'une part et de pairs-aidants d'autre part, qui font toutes deux l'objet de nombreuses discussions. Sur le parrainage, je crois que là aussi le Club des Peupliers dispose d'une expérience et d'un recul incontournable. Il faut savoir par exemple qu'il y a des GEM qui n'ont pas encore aujourd'hui constitué d'association d'usagers et qui sont totalement pris en main par des familles ou par des associations gestionnaires qui gèrent ça comme un hôpital de jour, un CATTP, ou un SAVS, alors qu'il s'agit de bien autre chose. Le président de l'Unafam affirme que les sections de son mouvement se contentent de parrainer, mais elles ont souvent eu recours à des opérateurs et les familles sont toujours là ; de son côté, la Fnapsy estime que les usagers peuvent se débrouiller seuls, si ce n'est que les problèmes administratifs et le droit du travail sont devenus bien compliqués. Aussi, je trouve que le Club des Peupliers propose un modèle intéressant, parce qu'il dispose d'un parrain, l'ASM13, qui lui apporte en même temps une aide juste pour la gestion de quelques animateurs effectivement embauchés par l'ASM 13 et payés par elle. Mais les adhérents du club ont une réelle autonomie pour la gestion de la vie du club et l'organisation des activités et on l'a bien entendu à travers de ce qui s'est dit sur les temps hors club Si le club a pu perdurer aussi longtemps sans difficulté majeure, c'est que la formule est bonne.

La notion d'entraide dont on a beaucoup parlé depuis ce matin débouche sur l'idée de pairs-aidants, c'est-à-dire une aide par ses pairs. On voit bien effectivement tout ce que peuvent s'apporter entre eux les adhérents du club et on a eu plein d'exemples depuis ce matin : un gars qui ne vient pas, on va le chercher, on lui téléphone, on lui écrit, on va le rencontrer, on le ramène, éventuellement on va aller jusqu'à lui dire : « tu déconnes complètement, tu ne peux pas rester comme ça, va

donc voir ton psychiatre ». Nombre de patients vous disent à quel point, ils ont le sentiment d'être parfois beaucoup mieux compris par l'un des leurs et qu'ils n'ont pas la même confiance totale dans les psys. Il se passe beaucoup de choses au niveau de l'entraide et les adhérents du club sont des pairs-aidants les uns pour les autres, réciprocité. Faut-il pour autant créer ce terme et surtout faut-il en faire un statut comme le propose Jean-Luc Roelandt avec le Centre collaborateur OMS de Lille ?

S'il est légitime de proposer des formations aux usagers, nécessaires lorsqu'ils doivent siéger dans les conseils de surveillance des hôpitaux (qui sont les anciens conseils d'administration) ou bien encore dans les Crupeq (Commissions de relation avec les usagers et de la qualité), si l'on ne veut pas qu'il soit simplement un alibi, je ne comprends pas pourquoi on veut en choisir certains pour leur donner un statut de quasi-professionnels, de « médiateurs de santé-pairs » pour compléter les équipes soignantes. Il y a là un risque de confusion totale, car je pense que les soignants sont les soignants, les usagers sont des usagers. Bien sûr, on peut être un usager et devenir soignant, comme on peut être soignant et avoir des problèmes et devenir usager. Ce ne sont pas des catégories complètement étanches, mais à un moment T on est ou usager ou soignant, et il y a quelque chose qui ne va pas lorsqu'il est question d'intégrer des usagers dans les équipes de soins.

Pour vraiment conclure, je voudrais féliciter les adhérents du Club des Peupliers et ses animateurs d'avoir su faire vivre ce club pendant un demi-siècle et d'avoir tracé le sillon des GEM d'aujourd'hui, qui permettent de créer du lien social et de la convivialité comme vous nous l'avez montré durant cette journée.