

Mentale

idées

BFSM
numéro 5
01 2005

L i g u e
Bruxelloise
Francophone
pour la
S a n t é
M e n t a l e

53, rue du Président
1050 Bruxelles

tél : 02 511 55 43
fax : 02 511 52 76

e-mail :
lbfsm@skynet.be

Editeur responsable:
Eric Messens - 53, rue du
Président à 1050 Bruxelles
Parution: 3 fois/an

Avec le soutien de la
Commission Communautaire
Française de la Région de
Bruxelles-Capitale.



pré-annonces:

- Colloque Evaluer l'évaluation
- 2^{ème} Carrefour AdosAdultes



Dossier thématique **Santé** communautaire

- avec des articles de :

N. Corral et N. Thomas (S.S.M. Le Méridien), P. Romero (S.S.M. Le Méridien), P. Romero et Ch. Vander Borgh (Mouvement Francophone de Belgique des Réseaux d'Echanges Réciproques de Savoies), A. Poquet (Ecole d'infirmières de l'ULB-Haute Ecole de Bruxelles I. Prigogyne), M. Ahammad (Clinique Saint-Jean), P. Jamouille (UCL/ANSO/LAAP et C.S.M. du CPAS de Charleroi), N. Boigelot et A-C. De Smedt (La Trame asbl)

- *Réflexions* (Revue HIATUS)
- *Ressources bibliographiques* (PSYCENDOC)

• • • Mental'idées

est une publication de la
Ligue Bruxelloise Francophone
pour la Santé Mentale
L.B.F.S.M.

53, rue du Président
1050 Bruxelles

tél: 0032 02 511 55 43 de 9h.00 à 17h.00

fax: 0032 02 511 52 76

e-mail : lbfsm@skynet.be

• • • Equipe

Eric Messens,
directeur

Pascal Banzira,
informaticien

Ariane Coppens,
documentaliste

Michèle De Bloudts,
animatrice-coordinatrice

Françoise Herrygers,
animatrice-coordinatrice

Philippe Hoyois,
chercheur

Marie-Dominique Migeotte,
secrétaire

• • • Comité de rédaction

Dr. Charles Burquel, vice-président de la
L.B.F.S.M., médecin-directeur du S.S.M. Le
Méri dien.

Elisabeth Collet, coordinatrice du S.S.M.
L'Adret.

Dr. Philippe Hennaux, président de la
L.B.F.S.M., médecin-directeur de "La Pièce"
de l'Equipe.

Dr. Jean-Paul Matot, vice-président de la
L.B.F.S.M., médecin-directeur du S.S.M. de
l'U.L.B..

Pierre Smet, psychanalyste au S.S.M. Le
Sas.

Responsable de publication

Eric Messens, directeur de la L.B.F.S.M.,
psychologue.

Mise en page et graphisme

Françoise Herrygers, coordinatrice du *Mi*

Mental'idées

Information / Insertion

Les articles et annonces peuvent être adres-
sés à la L.B.F.S.M. 53, rue du Président -
1050 Bruxelles, au nom de
Françoise Herrygers, tél: 02 511 55 43
fax: 02 511 52 76
e-mail: herrygers.lbfsm@skynet.be

Pour plus de facilité, il est préférable qu'ils
soient dactylographiés; pour les envois infor-
matiques: en pièces jointes et en Word sous
Windows. Les textes manuscrits lisibles seront
également acceptés.

N'oubliez pas d'y joindre les coordonnées
complètes de l'auteur ou de la personne de
contact.

*Le Comité de lecture et de rédaction de Mental'idées se
réserve le droit de refuser la publication d'une annonce
ou d'un texte reçu.*

*Les textes parus dans Mental'idées ne peuvent être
reproduits qu'après accord préalable de la revue et
moyennant mention de la source.*

Psychendoc

Centre de documentation de la L.B.F.S.M.
53, rue du Président - 1050 Bruxelles, 1er étage

Horaires

Lundi et mardi de 12h.30 à 16h.30

Mercredi de 10h.30 à 15h.30

Libre accès au public et demandes par téléphone

Renseignements: Ariane Coppens,

tél: 02 501 01 20

fax: 02 511 52 76

e-mail: psychendoc.lbfsm@skynet.be

Services

- Pour le public et les professionnels, orientation,
informations, renseignements par téléphone ou sur
rendez-vous.

- Pour les (futurs) professionnels, fichier-formations
consultable sur place.

- Pour les (futurs) professionnels, offres d'emploi
consultables sur place.

Renseignements: Michèle De Bloudts, 02 511 55 43

e-mail: debloudts.lbfsm@skynet.be

Communautaire est solidaire...

"Les hommes sont confiés par la nature les uns aux autres: un homme, du seul fait qu'il est homme, ne doit pas être regardé comme un étranger par un autre homme." CICÉRON

Le dossier thématique "Santé communautaire" est, me semble-t-il, parfaitement ajusté à ces périodes festives prétextes aux regroupements familiaux et amicaux pour beaucoup mais aussi synonymes de froidure et de détresse accrue pour d'autres.

Mais qu'est-ce donc que cette santé particulière... Nous avons déjà la physique, la mentale, la globale - plus toutes celles que j'oublie ou que j'ignore - fallait-il encore en ajouter une... Et ce "communautaire" qui la qualifie, est-il né d'un phénomène de mode creux qui, périodiquement amène certains à imposer de nouveaux termes ou de nouveaux assemblages de mots afin de montrer leur créativité intellectuelle ... ???

Maintenant, en y regardant à deux fois, **Communautaire** n'est pourtant pas un terme atteint de ce snobisme ; il se trouve au dictionnaire depuis longtemps et "a rapport à la communauté". Quant à la **Communauté**, sa définition première dit : "Groupe social dont les membres vivent ensemble ou ont des biens, des intérêts communs"... Tiens, voyons, à **commun** on découvre, entre autres définitions, **collectif** : "Mener une action commune en s'unissant, en collaborant, en s'alliant - s'associer : décider d'un commun accord ..." Et puis, commun amène à Commune et **Commune** à territoire...

Donc, il s'agirait d'une santé à bâtir de façon solidaire, avec une intelligence et une volonté communes... De premier abord, le principe paraît simple et presque aussi vieux que l'humanité... Mais ensuite, surviennent les questions et se dessinent les difficultés. Lorsqu'une action commune se décide entre individus de même classe sociale et de niveau d'instruction identique, le débat peut s'engager avec cette base de respect qui existe d'emblée entre pairs. Qu'en est-il lorsque cet équilibre est absent, lorsque le projet réunit des professionnels et des personnes en difficultés majeures, ou lorsqu'il se conjugue au départ d'un territoire hétérogène... Ne risque-t-on pas aussitôt de basculer dans la condescendance, l'assistantat caritatif ou institutionnalisé, la prise de pouvoir des uns et la dépossession des autres, l'étiquetage et la catégorisation,...

Certains s'y sont risqués avec une foi à soulever des montagnes et, s'ils donnent sans compter dans ces projets collectifs, ils reçoivent, visiblement, aussi beaucoup : il y est question d'échanges de savoirs, d'empowerment, d'espaces de communauté, de citoyenneté,.... des mots qui rendent curieux et font espérer. Comme eux, les articles du dossier thématique sont le riche et dense reflet de la diversité de ce qui s'envisage comme actions sous le label "**Santé communautaire**"

Françoise Herrygers

Sommaire

- p. 3 **Editorial**
- P. 4 **Groupes et Coordinations thématiques,**
Perspectives 2005
2ème Carrefour AdosAdultes
Accès Libre ?
- P. 6 **Pré-annonce: Événement national**
Colloque Evaluer l'évaluation
- P. 8 **Echappée**
 - p.8 CinémAsile et 1ère Rencontre vidéo en santé mentale- **PSYMAGES**
 - p.12 Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale
- P. 14 **Dossier thématique:**
Santé
communautaire
 - p.14 *Rien ne semble plus à l'ordre du jour qu'une pensée de la communauté. Rien, pourtant, n'est moins imminent - Namur Corral et Nathalie Thomas*
 - p.21 *A propos de l'empowerment - Pauline Romero*
 - P.24 *Les Réseaux d'Echanges de Savoirs - Christine Vander Borgh et Pauline Romero*
 - P.26 *Enseignement, pouvoir et Santé communautaire - Andrée Poquet*
 - p.30 *Comment construire un projet de vie à partir d'un projet de soin ? - Mounia Ahammad*
 - p.32 *Approche clinique et posture ethnologique Pascale Jamouille*
 - P.37 *Tissage communautaire entre Trame sociale et chaîne humaine - Nadine Boigelot et Anne-Cécile De Smedt*
 - p.44 *Réflexions... (extrait de la revue Hiatus)*
 - p.45 **Psycendoc:**
Ressources "Santé communautaire"

Groupes et Coordinations thématiques

Perspectives 2005

*La Coordination Adolescence
et la L.B.F.S.M.*

organisent

le 2^{ème} Carrefour AdosAdultes

Accès Libre ?

le mercredi 9 mars 2005

de 13h.30 à 18h.30

*au Théâtre-Poème
30, rue d'Écosse à St-Gilles*

page 4

n°5

Mentafidées

Un outil en construction...

En Janvier 1999 : Colloque EUROP'Adolescence

Un colloque scientifique réunit des professionnels français et belges autour des impasses et des créativitéés propres à l'adolescence.

Un groupe de jeunes rappers bruxellois clôtüre le programme.

Avril 2000 : " Copie 0 "

Les organisateurs " d'EUROP' Adolescence " prennent un tournant à 180° et invitent des jeunes pour leur soumettre l'idée d'une aventure à construire ensemble, étape par étape, professionnels et jeunes. En d'autres termes, l'idée est d'organiser avec les jeunes un processus sous forme de colloques à propos de l'adolescence, la famille, la société. Il s'agit non plus seulement de parler des jeunes mais plutôt de parler d'adolescence avec ceux-ci.

La rencontre produit un nouveau thème de colloque.

Mars 2001 : " Mini colloque "

Un colloque en partenariat réel réunit 20 jeunes et 20 adultes professionnels en forums et carrefours de travail sur le thème " Du sentiment d'appartenance et des ghettos ! ".

Mars 2002 : " RAP'id colloque "

Dans un format élargi, le RAP'id colloque propose un échange entre adultes professionnels et jeunes avec la perspective de la construction commune d'un savoir. Le thème abordé est : " *Prise de parole et appartenance* ".

Avril 2004 : " 1^{er} Carrefour AdosAdultes "

Nous mettons à l'honneur la notion de "Carrefours" : rapports d'horizontalité et de verticalité, transmission entre générations, transmission entre pairs. Nous poursuivons notre fil au sujet de l'appartenance et nous le croisons avec celui des histoires. "Histoires d'appartenances". Un après-midi de colloque se déroule durant lequel les jeunes interpellent les adultes professionnels sur les questions de " trajectoires ". Chaque carrefour est co-animé par un adulte professionnel et un jeune.

Lors d'une rencontre d'évaluation en octobre 2004, certains jeunes proposent de prendre une part active dans l'organisation du prochain carrefour.

En Mars 2005: "2^{ème} Carrefour AdosAdultes"

est invité dans l'espace du Théâtre-Poème.

Le thème qui y sera abordé portera sur la **discrimination et les rencontres inattendues**.

Le comité d'organisation et quelques jeunes "planchent" ensemble sur la constitution des carrefours et des médias éventuels qui y seraient utilisés.

La citoyenneté participative est d'emblée mise en évidence. Quelle est la place des ados dans notre société ? Comment interpellent-ils les adultes ? Qu'est-ce que ceux-ci en font ? Y répondent-ils et s'ils le font, comment ?

Vous êtes évidemment cordialement invités à participer à ce **2^{ème} Carrefour, le 9 mars 2005**.

Nous rappelons le principe d'une inscription "en duo" : soit un adulte professionnel invite un jeune, soit... l'inverse. Nous avons, en effet, le souci de respecter un certain équilibre dans la parité entre jeunes et adultes.

Comité d'organisation

Bernard DEHAN, S.S.M. Chapelle-aux-Champs, U.C.L. - Coordinateur Adolescence

Françoise HERRYGERS, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

Camille LABAKI, CEFORES, S.S.M. Chapelle-aux-Champs, U.C.L.

Christian VAN UFFEL, S.S.M. de Saint-Gilles - Coordinateur Adolescence

2^{ème} Carrefour
AdosAdultes

Accès Libre ?

organisé par

La Coordination Adolescence

et la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

avec le soutien du Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale

et celui de la Commission Communautaire Française, pour toutes les activités de la L.B.F.S.M.

Mercredi 9 mars 2005 de 13h.30 à 18h.30 au "Théâtre-Poème" - 30, rue d'Écosse à Saint-Gilles.

Accès gratuit

Renseignements supplémentaires :

Françoise Herrygers, L.B.F.S.M.

53, rue du Président - 1050 Bruxelles

fax: 02/511.52.76

tél: 02/511.55.43 de 9h.00 à 17h.00

courriel: herrygers.lbfsm@skynet.be

Colloque Évaluer l'évaluation

*L'évaluation des pratiques cliniques psychothérapeutiques
et psychosociales en institution:
état de la question en Belgique francophone*

au Centre culturel d'Auderghem

183, Boulevard du Souverain à 1160 Bruxelles,

les lundi 25 et mardi 26 avril 2005

Projet d'argument et exposé des motifs

Toutes les institutions ne sont bien sûr pas confrontées de la même manière à la question de l'évaluation : alors que certains secteurs se sont vus imposer ou proposer de façon plus ou moins concertée des outils d'évaluation, d'autres ne sont soumis jusqu'à présent à aucune modalité d'évaluation de leur pratique - ce qui ne veut pas dire que cette question ne fait l'objet d'aucune réflexion.

Dans tous les cas, il semble qu'une certaine confusion règne autour de la notion d'évaluation lorsque celle-ci touche aux pratiques en institution. Cette confusion se situe tout aussi bien du côté des praticiens de terrain que des pouvoirs subsidants. Elle porte notamment sur deux termes qu'il est pourtant tout à fait essentiel de distinguer : le contrôle et l'évaluation. Le premier, le contrôle, concerne la gestion de l'institution - il s'agit pour les pouvoirs subsidants de vérifier que les subsides octroyés aux institutions sont utilisés en conformité avec leur mission. Le second relève de l'évaluation proprement dite de la pratique, c'est-à-dire des dispositifs institutionnels et de leurs effets.

Or, il apparaît aujourd'hui que contrôle et évaluation se trouvent fréquemment rabattus sur un même plan, dans une logique gestionnaire de plus en plus affirmée. Cette logique est certes dans l'air du temps, mais l'expérience montre clairement qu'elle ne se met pas au service des patients et des usagers et qu'elle perturbe même bien souvent - et parfois très gravement - le processus d'accompagnement thérapeutique ou psychosocial. Rien de plus normal que les institutions soient soumises à un contrôle de leur gestion : il est du devoir de l'Etat de veiller au bon usage des fonds publics. Il est cependant essentiel de garder à l'esprit que ce contrôle, tout à fait légitime, ne peut en aucune manière être la seule modalité d'évaluation de la pratique.

Il semble donc nécessaire et même urgent d'effectuer un retour à la clinique qui permette, d'une part, de clarifier cette question de l'évaluation et, d'autre part, de mettre en forme et en valeur les diverses modalités d'évaluation déjà existantes ou à promouvoir sur le terrain.

Dans cette perspective, il s'agira d'abord de réaliser un état des lieux des diverses formes d'évaluations (directes ou indirectes) déjà pratiquées à l'initiative ou non des pouvoirs subsidants dans les différents secteurs qui recouvrent les pratiques cliniques, psychothérapeutiques et psychosociales en Belgique fran-

cophone : par qui ?, Quand ?, Comment ?, Dans quel contexte ?, Avec quels objectifs (explicites et/ou implicites) ?, Avec quels supports théoriques et dans quel cadre méthodologique ces systèmes d'évaluation ont-ils été élaborés ?

Il s'agira ensuite de "mesurer" l'écart, l'adéquation ou l'inadéquation, entre ces procédures d'évaluation et l'objet qu'elles sont censées évaluer : quel regard les institutions portent-elles sur leurs systèmes d'évaluation actuels ? Ces systèmes d'évaluation sont-ils adaptés à leur objet ? Permettent-ils de rendre compte de manière effective de la pratique quotidienne ? Comment faudrait-il envisager l'évaluation pour que celle-ci trouve toute sa pertinence au regard de la pratique ?

À cette occasion, les institutions témoigneront et discuteront de leurs propres modalités d'évaluation de la pratique, mises en place depuis parfois fort longtemps. De nombreuses institutions ont en effet elles-mêmes élaboré de multiples modalités d'évaluation de la pratique dans le respect du cas par cas et avec le souci de rendre compte, dans toute sa complexité, du contexte dans lequel se déploient les interventions. Étrangement, elles ne sont que rarement prises en compte par les pouvoirs subsidiaires qui leur préfèrent bien souvent des grilles standardisées, pourtant si peu rigoureuses sur le plan scientifique et si peu pertinentes au regard de la pratique.

C'est ce travail de recherche et d'élaboration des institutions qui sera mis à l'honneur et discuté dans ce Colloque. Ce retour à la clinique devra nous permettre de déplier de façon précise et rigoureuse, à partir du terrain, les différentes facettes que recouvre la notion d'évaluation, mais également de mettre en évidence des idées nouvelles et des contre-modèles en matière d'évaluation.

C'est sur ce premier temps "clinique" que nous nous appuierons pour tenter d'engager nos réflexions vers un second temps, "politique", où nous aborderons la question du relais - sous quelles formes, de quelle manière ? - avec les pouvoirs subsidiaires.

Comité d'organisation

Philippe FOUCHET,
Isabelle DURET
Sueda SENAY

Faculté des Sciences psychologiques et de l'éducation de l'U.L.B.

Patrick DE NEUTER
Patricia LALOIRE

Unité de Psychologie clinique, C.A.P.P.

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation de l'U.C.L.

Eric MESSENS
Charles BURQUEL

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

Christiane BONTEMPS

Institut Wallon pour la Santé Mentale

Renseignements pratiques

Pour tout renseignement :

Philippe FOUCHET
tél : 02 650 48 57
e-mail : pfouchet@ulb.ac.be

Eric MESSENS
tél : 02 511 55 43
e-mail : emessens@skynet.be

CinémAsile

a fait son cinéma en ville...

Le 5 décembre 2004 ? C'était un dimanche. C'était aussi le dernier jour de programmation de CinémAsile au Nova. Ce mois pré-hivernal sur la psychiatrie et ses alternatives aura vécu au rythme de 4 jours par semaine entre 2 et 3 séances chaque soir.

Peut-être en avez-vous entendu parler?

Peut-être y avez-vous même participé et (re)découvert un film marquant?

Si tel n'était pas le cas, ces quelques lignes vous donneront une idée de cette manifestation.

Une programmation étonnante, un lieu particulier.

De nombreux spectateurs de tous horizons - parmi lesquels de nombreux fidèles qui s'étaient concoctés leur programme personnel - ont pu y voir près de 50 films, fictions et documentaires. Sur fond d'éclairage historique et analytique de la psychiatrie d'hier et d'aujourd'hui, la programmation proposait 4 angles d'approche:

- l'antipsychiatrie et son devenir,
- les liens qu'entretiennent l'art et la thérapie,
- l'émergence et les apports de l'ethnothérapie à notre culture occidentale,
- les alternatives à la psychiatrie et la réappropriation progressive du pouvoir du patient sur sa santé et sa vie.

Dans l'optique de ne pas se limiter aux productions artistiques audiovisuelles, elle était complétée par :

- des expositions (de peintures de 3 personnes ayant vécu un passage en hôpital psychiatrique et des caricatures réalisées en ateliers sur la clinique de la santé mentale),
- des rencontres avec des cinéastes, des animateurs d'ateliers artistiques, des usagers de pratiques alternatives et des professionnels de la santé mentale,
- et des concerts.

"Mais c'est l'ancien cinéma Arenberg !" s'étonne une dame en arrivant sur les lieux.

Oui, Madame ! Et depuis 1997, le Nova, asbl gérée par un collectif de bénévoles, a ouvert ses portes et dédie sa programmation aux films et vidéos de productions indépendantes. Il diffuse autant des longs que des moyens ou courts métrages de fiction, des documentaires ou des films expérimentaux sans distributeur en Belgique, ou jugés trop "difficiles" pour le circuit dit commercial. Sa notoriété ayant dépassé les frontières du pays, le Nova est sans doute devenu en quelques années le point de référence des approches alternatives, non conventionnelles ou simplement différentes dans le domaine audiovisuel. Il propose ainsi des programmes mensuels tournant autour de lignes thématiques ou événementielles dont l'idée est aussi bien de diffuser les productions nouvelles et contemporaines, que de fournir une plateforme de discussion au sens large.

Sur une idée de L'Autre "Lieu"-RAPA de réaliser au Nova un festival sur le cinéma et la psychiatrie alternative, un comité de sélection des films s'est créé, très vite rejoint par Psymages et des ex-usagers de la psychiatrie. Le souhait était de s'adresser à de toute personne intéressée par le sujet, ainsi qu'aux

patients et à leurs familles plutôt que de se limiter à un public constitué des seuls spécialistes en santé mentale.

Les intentions qui nous ont guidé dans notre choix étaient de :

- montrer des films reflétant l'idéologie dominante de la psychiatrie de ces dernières années,
- sortir du cliché du "fou" fabriqué par le cinéma grand public,
- donner un aperçu de l'histoire de la psychiatrie principalement en Europe avec une incursion dans d'autres cultures (la culture d'Afrique du Nord et de l'Ouest, par exemple),
- poursuivre la réflexion sur les alternatives à l'hôpital psychiatrique.

Ces préoccupations sont à mettre en lien avec l'ensemble des réflexions entamées tout au long de cette année dans le secteur de la santé mentale et notamment à la L.B.F.S.M., à l'occasion de son 25ème anniversaire. Le Mental'Idées n°4 en fait largement mention dans ces pages, en relatant la Journée "Traversées"... 25 ans de santé mentale... de mars dernier : quelle est l'histoire du secteur de la santé mentale ? Comment se la réapproprier ? Comment envisager la cure de la souffrance mentale aujourd'hui ? Pour quels résultats ? Quelles pratiques cliniques pour demain ?

Laissons cependant, le soin aux spécialistes de s'interroger sur leur terrain et revenons à cette association entre cinéma et psychiatrie.

"Depuis leurs débuts contemporains à la fin du XIXème siècle, leurs relations ont été à la fois complémentaires et hostiles", comme le souligne Françoise Dumont¹, psychiatre au CHU de Charleroi, ULB. Ils "partagent un même matériau de base, à savoir les pensées, émotions, comportements et motivations humaines. Cinéma et psychiatrie creusent donc le même terrain et, de plus, ils parlent un langage voisin, la psychiatrie par le mot et la mise en concept, le cinéma par l'image et la mise en scène. Issus à l'origine de préoccupations d'ordre scientifiques (recherches psychopathologiques pour la psychiatrie et étude d'appareils visant à décomposer et à analyser le mouvement des êtres humains pour le cinéma) cinéma et psychiatrie vont progressivement devenir des phénomènes sociaux ouvrant l'accès aux mythes inconscients, à l'émotion et au merveilleux."

Et Brigitte Gauthier², auteur de plusieurs ouvrages sur l'histoire du cinéma, de poursuivre sur une analyse concernant les rapports entre la psychiatrie et la création théâtrale et cinématographique de ces 30 dernières années : *"En reprenant le travail d'une décennie sur la mise en scène de la psychiatrie au théâtre et au cinéma, je me suis aperçue que ce qui a motivé mes recherches était un questionnement personnel sur la raison pour laquelle les œuvres les plus marquantes des plus grands dramaturges de la deuxième moitié du XXème siècle s'interrogeaient sur les méthodes psychiatriques, de sorte à traiter en fait du thème de l'enfermement. Ces auteurs s'inscrivent dans la lignée du texte de Michel Foucault intitulé "Surveiller et Punir", dans lequel il dénonce notre société comme étant génératrice d'un mode de surveillance, image que l'on retrouve récemment dans le film "Matrix" des frères Wachowski qui part du présupposé que notre monde n'est qu'une simulation informatique conçue par la Matrice qui maintient l'espèce en esclavage. Mue par ce désir de connaissance sur cette vision politique de notre société, j'ai interrogé de nombreux dramaturges et cinéastes. (...)"*

Plusieurs auteurs interviewés (Ken Loach, Elia Kazan, David Edgar, John Cassavetes,...) ont *"perçu une société en crise, souffrant d'une pression non pas étatique mais ontologique. Ils ont choisi la fragmentation comme métaphore de la crise sociale des années 1960 aux années 1990. (...)"*. Ce qui (les) réunissait autour de la métaphore de la fragmentation, (...) *"c'était cette énergie née de l'impossibilité, à notre époque postnietzschéenne, d'interpréter le monde à nouveau de façon unifiée comme le faisaient les anciens. (...)"*.

"Un fou ne fait jamais que réaliser à sa manière la condition humaine."

Jean-Paul Sartre "L'Être et le Néant"

Plongeons un instant dans la salle obscure en épinglant quelques films de CinémAsile. Choix totalement subjectif car, selon la formule consacrée, nous ne pourrions rendre compte dans cet article, de toute la programmation dans son exhaustivité.

En guise d'ouverture, le chef d'oeuvre de Peter Watkins, *"Edvard Munch, la danse de la vie"* (1973-1976), l'un des meilleurs films consacrés à l'acte créatif et à ses liens avec la folie, a été projeté en avant-première dans sa version cinéma.

"Family Life" (1971) de Ken Loach qui, dans le cadre d'un entretien avec Brigitte Gauthier, lui a expliqué "comment son oeuvre sert à dénoncer un processus disciplinaire rendu d'autant plus évident par la période thatchérienne"³

Echappée *"Léolo"* (1992) du Québécois Jean-Claude Lauzon, ou comment un enfant pose un regard différent sur l'univers dégénéré dont il est issu et vit pleinement son imaginaire. Cru et merveilleux.

"San Clemente" (1980) de Raymond Depardon qui connaît bien l'hôpital psychiatrique de San Clemente près de Venise pour y avoir effectué plusieurs reportages photographiques. Lorsqu'il effectue le tournage avec Sophie Ristelhuerber, il est question de fermer l'établissement.

"Aliénations" (2004) de Malek Bensmail, en suivant au quotidien médecins, malades et familles dans le service de psychiatrie d'un hôpital de Constantine, le film tente de comprendre les souffrances que peuvent vivre aujourd'hui les Algériens, de cerner le malaise social dominant et les difficultés que rencontre ce pays pour définir son identité collective et nationale.

"De tout temps, le fou s'est vu affubler de toute une série de dénominations: parfois "tendres" comme maboule, gaga, zinzin, louf-dingue, marteau, idiot du village ; parfois "scientifiques" comme débile, schizophrène, psychotique, pervers, obsessionnel compulsif, névrosé, autiste, hystérique, neurasthénique, maniaque, dépressif, hébété ; ou parfois encore, carrément injurieuses comme : taré, attardé, arriéré mental, anormal, demeuré, halluciné, mongol...

Bon nombre de films présentés forcent à plus de nuances. Il s'agit de récits d'expériences alternatives à la psychiatrie. Mais aussi de portraits de personnes comme vous et nous, des hommes et des femmes dont il est parfois difficile de distinguer les délirants des normaux... "⁴

¹ In Neurone. Vol 8. N°3. 2003. Article : Cinéma et psychiatrie. Françoise Dumont.

² Dramaturges et cinéastes de l'antipsychiatrie. Entretiens sur l'ère de la fragmentation. Introduction aux entretiens. Brigitte Gauthier. Ed. L'Harmattan, 2003

³ idem

⁴ CinémAsile. Psychiatrie et Alternatives. 11 11 04 - 05 12 04. Editorial.



Samedi 20 novembre 2004 : La psychiatrie vue de l'intérieur

Tère Rencontre Vidéo en santé mentale -

Dans le cadre de *CinémAsile*, *Psymages* asbl en collaboration avec le Nova, le CODE de l'Equipe, la L.B.F.S.M., L'Autre "Lieu"-RAPA, a proposé une journée de projections et de rencontres autour de la pratique de la vidéo en psychiatrie.

Inspirée par les *"Rencontres Vidéo en Santé Mentale"* qui se déroulent chaque année à Paris depuis 5 ans, le principe de cette journée était d'accueillir conjointement des patients, soignants et toute autre personne ayant pris part aux films présentés. Dans un esprit d'ouverture et de décloisonnement des pratiques, cette manifestation, axée sur les échanges autour des différentes approches d'utilisation de la vidéo dans le champ de la santé mentale était également accessible au public intéressé.

Sortir de l'institution, aller au-dehors pour montrer son film...

Pour la première fois en Belgique, cette manifestation - soutenue par le Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale et la Commission Communautaire française - a permis d'offrir à 12 productions vidéo issues pour la plupart d'institutions psychothérapeutiques belges, françaises et suisse, l'occasion d'une diffusion publique au sein d'un espace culturel.

Tout au long de la journée, les équipes se sont succédées pour présenter leurs productions et partager leurs expériences de réalisation (le Club Antonin Artaud, Le CODE de l'Equipe, la Porte Ouverte - Blicquy, La Petite Maison-Chastre et le CRIT pour la Belgique. Le Cattp Louis Pergaud de Tours, L'Hôpital de Jour de Bordeaux et le Cattp Clauzel de Paris pour la France).

Deux jeunes réalisateurs professionnels (suisse et français) ont également présenté leurs films réalisés avec des patients.

La qualité technique de ces productions n'a nullement à rougir devant les réalisations professionnelles au regard des moyens dont elles disposent. De plus, l'émotion qui s'en dégage, l'expression d'une parole authentique participent sans nul doute à la réappropriation d'une partie de l'histoire, de la souffrance de ces scénaristes, comédiens ou réalisateurs au sein d'ateliers vidéo en psychiatrie. Et c'est ce partage d'intimité, sans déballage malsain, tout en pudeur, qui force l'écoute et le respect.

La journée, à laquelle toute personne était invitée à participer gratuitement, s'est déroulée dans une ambiance conviviale, détendue et enrichissante.

Et chacun a pu vivre pleinement autour des ces images "différentes" des moments d'humour ou d'émotion, et en tout cas, profiter de cette occasion de briser des barrières, apprécier ce temps privilégié de rencontre et d'échange, ouvert et vivant, qui, nous l'espérons, contribue à favoriser l'émergence d'une approche ouverte et déstigmatisante des problématiques de santé mentale.

Un mot se lit déjà sur toutes les lèvres : à quand la prochaine édition ?...

... Alors, peut-être à l'année prochaine...

Christel DEPIERREUX et Martine LOMBAERS,
Coordinatrices Psymages

décembre 2004

Pour toute information :

PSYMAGES

Rue de Veeweyde, 60 à 1070 Bruxelles - Belgique

Tel 0032 (0)2 534 55 29

E-mail psymages@skynet.be

Site internet <http://www.psymages.be>

Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale

Le **Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale** a été créé en 2004 au sein de la Fondation Roi Baudouin et poursuit les activités de la Fondation Reine Fabiola.

Il a pour **objectif général** de mener des actions dans le domaine de la santé mentale et de stimuler les échanges d' idées et de bonnes pratiques entre les organisations et associations actives dans le secteur.

Ses cinq **objectifs spécifiques** sont:

- ♦ de mettre en évidence l'importance de la santé mentale dans la **société**
- ♦ d'impliquer les **usagers** et leurs **familles** dans l'élaboration et l'organisation des soins de santé mentale
- ♦ de soutenir le travail des **professionnels** dans les différentes formes que peuvent prendre les soins de santé mentale
- ♦ d'inciter les **secteurs** et **acteurs** concernés à participer activement à l'optimisation de la santé mentale
- ♦ de soutenir la **réflexion** quant à la problématique de la santé mentale.

En 2004 le Fonds soutient en collaboration avec les associations régionales la «*Journée mondiale de la Santé Mentale*», qui a lieu – chaque année - le **10 octobre**.

Le 10 octobre 2004 a ainsi coïncidé avec le lancement officiel du Fonds.

A partir de 2005, le fonds mènera des activités propres déterminées par le **Comité de gestion** et le **Comité d'avis**, qui constituent les *structures* du Fonds.

Le **Comité de gestion** du Fonds définit la stratégie et opérationnalise les objectifs.

Le **Comité d'avis** du Fonds représente les secteurs de la société qui sont concernés par la santé mentale et prépare des recommandations générales au sujet d'évolutions souhaitables et de problématiques qui touchent à la santé mentale.

Pour accéder à plus d'informations sur ce Fonds :

Site de la Fondation Roi Baudouin <http://www.kbs-frb.be>

Cliquer sur l'onglet **Projets et Evénements**, dérouler la liste des projets et cliquer à nouveau sur **Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale**.

Si vous souhaitez obtenir des documents ou des informations générales, veuillez

contacter : Kristien VAN den WOUWER

vandenwouwer.k@kbs-frb.be

0032 474 30 37 43

0032 (0)2 511 52 21 (Fax)

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette activité, merci de prendre

contact avec : Frieda LAMPAERT

lampaert.f@kbs-frb.be

0032 (0)2 549 02 87

Les équipes

de l'hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents de La Petite Maison ACIS asbl (APSY-UCL)
 de pédopsychiatrie de la Clinique St Jean, Domino (APSY-UCL)
 du Service de Santé Mentale Le Méridien (APSY-UCL)
 du Service de Santé Mentale de Wavre

organisent et vous proposent

Transformation du lien et réinvention des pratiques

Cycle de trois conférences avec le Professeur Pierre DELION
 Pédopsychiatre, professeur au C.H.U. de Lille, penseur de la psychothérapie institutionnelle
 et compagnon de route de Tosquelles et Oury

Vendredi 4 mars 2005

Clinique St Jean - Grand Auditoire 7ème étage - Bld du Botanique, 32 - 1000 Bruxelles
Les nouveaux mécanismes de représentation psychique et leurs avatars.

Vendredi 15 avril 2005

Clinique St Jean - Grand Auditoire 7ème étage - Bld du Botanique, 32 - 1000 Bruxelles
Des lieux de soins à réinventer pour accueillir la souffrance psychique de l'enfant et sa famille (accréditation médicale en éthique).

Vendredi 3 juin 2005

Clinique St Jean - Grand Auditoire 7ème Et - Bld du Botanique, 32 - 1000 Bruxelles
Temporalité psychique et continuité des soins.

ARGUMENT

Deux institutions hospitalières et deux services de santé mentale pour jeunes vous proposent de se retrouver autour de Pierre Delion pour travailler les effets de notre modernité sur la représentation psychique. Nouvelles pathologies ? Ou plutôt modification des demandes et des modes d'expression de la souffrance. Sentiment que nous avons de devoir faire préalablement un travail de construction psychique avec les enfants et leur entourage, voire de reconstruction sociale face à la précarité du lien. Un indice de notre difficulté contemporaine à nous représenter nous-mêmes ?

HORAIRE

de 10 h à 12 h 30

P.A.F.

Cycle des trois conférences	20 Euros
Etudiants (sur présentation carte)	12 Euros
Par conférence	8 Euros
Etudiants (sur présentation carte)	5 Euros

INSCRIPTIONS OBLIGATOIRES 10 JOURS A L'AVANCE.

Ouvertes à tous, pour le cycle ou par conférence.
 Paiement sur place.

Accréditation médicale demandée pour le cycle.

RENSEIGNEMENT/RÉSERVATION :

Danielle KASSABOV - Secrétariat médical - La Petite Maison ACIS asbl
 8 rue des Acacias - 1450 Chastre - Tél 010/65 39 60 - Fax 010/ 65 39 80
 email : lapetitemaison-servicemedical@acis-group.org

Santé communautaire

"Rien ne semble plus à l'ordre du jour qu'une pensée de la communauté.

Rien, pourtant, n'est moins imminent"

- R. Esposito, "Communitas, Origine et destin de la Communauté" -

Article rédigé par

Namur CORRAL et Nathalie THOMAS, psychologues

Sur base des réflexions des partenaires
du projet de santé mentale communautaire
du S.S.M. Le Méridien

Les termes "action communautaire", "santé communautaire" et même "santé mentale communautaire" sont devenus des termes très à la mode de nos jours dans le champ social et sanitaire.

Au-delà de l'intérêt que peut avoir la diffusion de modes de pensée et d'intervention intéressants, il nous semble important de relever également les pièges et les risques de cet effet de mode. Les pratiques communautaires ne font-elles pas l'objet actuellement d'un consensus mou, rassemblant des pratiques souvent très hétéroclites, voire contradictoires, dans lequel risqueraient de se perdre ses véritables principes et valeurs ? Le mot "communautaire" est-il encore porteur de sens aujourd'hui ? Ne sommes-nous pas dans une impasse de définition face à ce concept ?

La deuxième partie de cet article tentera d'apporter quelques éléments de réflexion à ce propos.

Mais avant cela, nous proposons de retourner aux origines du concept, aux contextes et aux auteurs qui l'ont développé. Nous envisagerons, dans un premier temps, le concept d' "action communautaire" et dans un second temps, celui plus spécifique de "santé mentale communautaire".

Un concept chargé d'histoire...

L'action communautaire compte divers antécédents: aux Etats-Unis, l'**Ecole de Chicago**, composée essentiellement de sociologues, a développé, dans les années 30, des projets d'organisation communautaire dans des quartiers populaires de la ville. Ces projets étaient basés sur une critique des théories psychologiques en vogue à l'époque et de la tendance à psychologiser les comportements délinquants dans ces quartiers. Ils visaient la participation des habitants d'un quartier dans des projets de développement local.

Un autre courant nord-américain qui a influencé le travail communautaire est celui de la **stratégie de la confrontation de S. Alinsky**. Ce dernier a voulu dépasser les limites des projets communautaires de l'Ecole de Chicago, à savoir le manque de pouvoir réel des communautés locales par rapport aux pouvoirs supra locaux. Il a ainsi développé des stratégies d'action basées sur le conflit et l'action politique.

En **Amérique latine**, deux courants principaux marquent l'histoire de l'action communautaire : d'abord, le **développement communautaire**, courant dans les années 60 qui visait l'intégration des groupes marginaux aux processus de modernisation des structures sociales. Dans les années 80, porté par un fort courant

d'opinion et de pratiques, un pédagogue brésilien, Paulo Freire, développe l'idée d'"éducation populaire", fondée sur une articulation entre l'éducation, le développement de l'identité et l'organisation de groupes populaires en acteurs sociaux. L'action collective est orientée vers la transformation des structures sociales qui affectent la vie quotidienne de ces populations.

En Europe, le monde anglo-saxon utilise depuis longtemps les termes d'action communautaire ou de développement communautaire. Au dix-neuvième siècle, les *settlements* à Londres étaient des projets développés par de jeunes universitaires qui allaient habiter dans les quartiers pauvres pour instruire les gens qui y vivaient. Ces expériences ont permis aux étudiants d'ouvrir les yeux sur les conditions de vie qui régnaient dans ces quartiers, d'essayer d'en découvrir les causes pour les modifier. Après la Seconde Guerre mondiale, les initiatives communautaires anglo-saxonnes ont canalisé les initiatives privées en vue de susciter des réponses rapides aux problèmes matériels et économiques du contexte d'après-guerre. Les pouvoirs publics n'ont été que plus tardivement impliqués dans ces dynamiques.

Dans le reste de l'Europe, le mouvement communautaire a été largement influencé par les mouvements urbains et associatifs liés aux changements sociaux postindustriels (émigration urbaine, rupture des relations primaires, déclin de la solidarité, etc.). Ces changements ont entraîné des problèmes de marginalisation pour de nombreux groupes sociaux (immigrés, personnes sans emploi, femmes seules avec enfants, etc.), particulièrement dans les grands centres urbains.

D'une manière générale, on peut dire que ce qui réunit ces différents courants sont des finalités telles que développer des réponses collectives à des problématiques collectives, agir sur les causes des problèmes et favoriser une prise de contrôle par chacun de la chose publique et de sa vie privée (le concept anglo-saxon d'*empowerment* - développé plus loin dans un article de ce numéro - rend bien cette dimension de prise de pouvoir).

Si l'on s'intéresse maintenant au concept de **santé mentale communautaire**, son histoire nous fait également parcourir différents contextes : aux **Etats-Unis**, on associe souvent la naissance de la psychologie communautaire à la conférence de Swampscott au Massachusetts, en 1965, où des psychologues cliniciens se sont retrouvés autour d'une insatisfaction par rapport aux approches traditionnelles en psychologie (cliniques, biomédicales).

Début des années 70, au Québec, les CLSC (Centres Locaux de Santé Communautaire) ont été présentés comme un mode d'intervention original, novateur et proche des communautés locales, articulant les aspects sociaux et sanitaires, préventifs et curatifs, individuels et collectifs. Le travail qui s'y développe est à la fois un travail clinique et un travail d'organisation communautaire.

En Amérique latine, le concept de *psicologia comunitaria* surgit relativement indépendamment des USA, dix années après. Là, il n'est pas poussé par une psychologie clinique insatisfaisante comme en Amérique du Nord mais par une psychologie sociale affectée par la réalité sociale des populations et qui tente de répondre aux besoins de cette réalité. La psychologie communautaire latino-américaine est orientée vers le changement social, elle participe au processus de revendication des groupes socialement, politiquement et économiquement marginalisés, l'accent est mis sur la participation des psychologues à une plus grande justice sociale.

En Europe, la santé mentale communautaire s'est surtout développée en lien avec le courant "antipsychiatrie" britannique et italien, dans les années 80. Par la suite, les expériences européennes se sont principalement inspirées des conceptions latino-américaines ou québécoises.

Le concept aujourd'hui : un continuum de conceptions et de pratiques.

Si l'on se réfère actuellement à la bibliographie du mot "santé mentale communautaire", on obtient un "terme valise" qui rassemble des conceptions et des modes d'intervention souvent très diversifiés. Le piège de la santé mentale communautaire, c'est l'ambiguïté qui existe actuellement autour du terme "communautaire" (voir la deuxième partie de cet article).

Comme le souligne François De Singly dans son dernier ouvrage "Les uns avec les autres. Quand l'indi-

vidualisme crée du lien"¹, le communautarisme "condamne les individus à rester dans leur groupe, leur communauté d'origine, s'opposant ainsi à leur liberté de s'affilier et de se désaffilier avec d'autres groupes d'appartenance. Le défi communautaire actuel est de créer un nouveau lien social qui combine la liberté de chacun et le respect mutuel, un "nous" qui respecte l'identité des "je" et soit suffisamment fort pour traduire en attachement significatif, un lien qui sache unir sans trop serrer".

De Singly résume bien en quelques mots l'enjeu de la santé mentale communautaire : que chaque personne puisse se reconnaître à la fois comme quelqu'un d'unique, de singulier **et** à la fois comme quelqu'un qui appartient à des groupes sociaux particuliers et significativement importants pour lui. L'appartenance communautaire ne gomme pas le subjectif; au contraire, elle le nourrit et l'enrichit.

Plutôt que d'adopter une attitude normative qui définirait ce qu'est "la santé mentale communautaire", nous avons préféré tenter de regrouper les diverses conceptions et pratiques rencontrées autour d'un continuum, allant de la clinique à l'action politique.

Clinique
Communautaire

Prévention

Promotion

Education
populaire

Action politique

Sous l'appellation "**clinique communautaire**", on retrouve des pratiques assez diverses de santé mentale, développées principalement par des psychologues cliniciens, essentiellement centrées sur l'individu (et son changement). Certaines de ces pratiques mettent l'accent sur la construction identitaire des personnes en lien avec leurs appartenances communautaires, d'autres abordent les souffrances sociales qui sous-tendent les souffrances individuelles ou encore les ressources du tissu social qui peuvent soutenir une personne en difficulté. Jérôme Guay, un psychologue québécois, a développé un modèle d'intervention qu'il nomme "clinique communautaire"². Dans ces expériences, le groupe est utilisé comme une ressource au service de la santé mentale individuelle.

Dans les activités de **prévention en santé mentale**, on trouve un large éventail d'actions qui visent la réduction des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. On s'adresse essentiellement à "des groupes à risque".

Les activités de **promotion en santé mentale** mettent l'accent sur l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de "robustesse" et les conditions favorables à la santé mentale. Ces actions s'adressent en général à une population "tout venant". On le voit, même si les modes d'intervention de prévention et de promotion peuvent être très proches et se recouper, l'abord promotionnel considère la santé mentale sous son versant positif, comme une ressource vitale.

A l'autre bout du continuum se situent des actions qui se réfèrent à **l'éducation populaire ou à l'action politique**. Il s'agit ici de modes d'intervention qui mettent l'accent sur la citoyenneté, l'apprentissage de la prise de parole, la participation aux décisions, le pouvoir d'agir. Le concept d'*empowerment* est central dans cette approche. Les actions ne visent pas seulement le changement individuel mais également le changement des structures sociales qui sont à la source du mal-être des personnes.

Certaines actions sont clairement situées sur le continuum en fonction de leur champ d'action particulier, d'autres par contre peuvent voyager, circuler dans le continuum en fonction des moments, des publics, des portes d'entrée privilégiées.

Complémentarité entre le travail clinique et le travail communautaire

Peu de services de santé mentale disposent actuellement d'une équipe développant des activités de santé mentale communautaire en leur sein. Le Méridien, Service de Santé Mentale situé à Saint-Josse, développe ce genre de travail depuis une dizaine d'années. Un travail d'animation d'ateliers de développement personnel et communautaire s'est progressivement co-construit avec un groupe de partenaires travaillant dans diverses associations locales (maisons médicales, accueil pour réfugiés politiques, centre d'alphabétisation, écoles, etc.). Avec eux, nous animons des groupes d'habitants sur base d'une méthodologie issue de l'éducation populaire et adaptée à nos contextes d'intervention. Cette méthodologie en quatre temps est présentée dans l'encadré ci-contre.

Les ateliers de développement personnel et communautaire : une méthodologie en quatre temps.

Le travail en santé mentale, destiné tant aux professionnels qu'aux habitants, s'articule autour de quatre moments-clefs:

- a - Le diagnostic groupal.
- b - L'élaboration en groupe des expériences individuelles, familiales et communautaires.
- c - La réflexivité sur ces expériences par une analyse du contexte social.
- d - La "mise en acte" de l'atelier au niveau des relations interpersonnelles et au niveau d'actions collectives.

a. Le diagnostic groupal

Les thèmes abordés dans les groupes sont choisis par les participants, en fonction des principales difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne ou leur travail avec les populations du quartier.

b. L'élaboration en groupe restreint des expériences individuelles, familiales et communautaires

L'élaboration des expériences personnelles permet aux participants d'utiliser leurs expériences de vie comme ressource, comme source de connaissance.

Dans cette étape du travail, on demande aux participants de se remémorer une expérience de vie liée au thème abordé, de mettre en forme, en mots cette expérience afin de la communiquer aux autres membres d'un groupe de 4 ou 5 personnes, chacun ayant évidemment la liberté de choisir ce qu'il souhaite raconter au groupe. Le récit se centre sur les émotions ressenties pendant et après l'expérience, sur les difficultés et les ressources mobilisées dans la situation. L'animateur aide le groupe à découvrir les similitudes et les différences entre les diverses expériences racontées. Ces similitudes et différences font "résonance" chez les participants et un travail peut se faire à travers la communication de ces résonances ("*tu parles de ceci qui t'a aidé, cela me touche parce que pour moi, dans ma situation, cela aurait plutôt été un obstacle...*").

c. La réflexivité sur ces expériences par une analyse du contexte social : "pouvoir se penser comme acteurs sociaux".

Ce travail se fait à partir des éléments rapportés par les différents sous-groupes : il s'agit de resituer ces éléments dans une perspective plus globale en vue d'une analyse du contexte social. Dans un premier temps, on opère un passage des situations individuelles vers une analyse plus collective de ces situations ("*quels sont les facteurs sociaux de nos souffrances ?*"). Et, dans un deuxième temps, il s'agit d'un retour de cette analyse sociale vers le vécu du sujet ("*comment puis-je intégrer cette analyse sociale dans la lecture de ma propre histoire de vie ?*"). Il s'agit de repositionner le sujet dans son espace social, de lui permettre de se penser comme "acteur social", de prendre conscience de sa place dans les rapports sociaux. Parallèlement à ce processus individuel, le groupe peut progressivement être amené à se penser comme acteur social.

Le rôle de l'animateur consiste à organiser les observations et suggestions de telle sorte qu'elles puissent constituer une analyse accessible à chacun. En aucun cas, il ne s'agit d'imposer des éléments théoriques non découverts par le groupe.

d. La "mise en acte" de l'atelier au niveau des relations interpersonnelles et au niveau d'actions collectives : "pouvoir agir comme acteurs sociaux x".

Il s'agit dans cette dernière étape d'aider les participants à imaginer et à concrétiser des formes de "prolongement" de l'atelier dans leur vie quotidienne. Ces prolongements peuvent prendre différentes formes : des projets développés à titre personnel par chaque participant ("*comment vais-je pouvoir être une personne-ressource pour les membres de mes différentes communautés d'appartenance ?*") ou des projets développés collectivement ("*qu'est-ce que le groupe peut mettre en place pour jouer activement son rôle d'acteur social ?*"). Les jeux de rôles et les mises en situation d'expériences permettent aux participants de "s'essayer" concrètement dans les interventions qu'ils pourraient développer au bénéfice de leurs communautés d'appartenance.

Afin de dépasser la simple juxtaposition de projets différents au sein d'une même structure, il est essentiel d'envisager la complémentarité des approches cliniques et communautaires. L'intérêt et la pertinence du travail clinique au sein des services de santé mentale ne sont plus à démontrer. En quoi l'approche communautaire peut-elle être utile, intéressante au sein de ces structures ?

Tout d'abord, elle permet d'aborder la santé mentale par un autre biais que la pathologie ou le soin. La santé mentale comme ressource de vie, ressource à la fois individuelle mais aussi collective. Dans un contexte où la santé mentale est souvent associée à la "folie", à la maladie, un abord du versant positif de la santé mentale permet de (re)considérer l'être humain par une approche globale qui décroïssonne les aspects physiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques, etc... de sa vie.

Par sa méthodologie issue de l'éducation populaire, elle développe un rapport différent aux savoirs : elle se base sur les savoirs à la fois "expérientiels" et théoriques des personnes, sur des échanges mutuels entre professionnels et profanes et non sur une relation d'"expert à patients". Elle aide ainsi à se "réapproprier" sa santé mentale, souvent confisquée dans nos sociétés comme "l'affaire des spécialistes".

Par l'importance qu'elle accorde aux articulations entre facteurs psychiques et facteurs sociaux, entre l'individuel et le collectif, entre le singulier et le communautaire, elle est particulièrement sensible aux logiques collectives qui sous-tendent les comportements individuels. Elle permet ainsi de contrebalancer la tendance à la psychologisation des problèmes sociaux.

En s'appuyant sur les réseaux primaires des personnes (voisins, amis, familles, etc.), elle permet d'éviter la multiplication abusive du nombre de professionnels de la santé mentale dans de nombreuses situations. Or, on le sait bien et de multiples études le rappellent, la "fonction soignante" n'est pas l'apanage des professionnels : dans 90% des situations, les gens se font aider par d'autres ressources que les professionnels de la santé mentale. L'approche communautaire vise à soutenir dans leur rôle d'entraide des personnes-ressources vivant dans les quartiers.

Elle cherche à promouvoir les ressources des personnes et des populations, ressources à la fois individuelles et collectives. Le concept d'*empowerment* (prise de pouvoir, contrôle de son devenir) permet ainsi de relier santé mentale et pouvoir. Souvent occulté ou nié par les psychologues, le pouvoir est, selon l'approche communautaire, facteur de santé mentale. Être en bonne santé mentale, c'est aussi pouvoir être acteur au sein de la société dans laquelle on vit.

A propos du mot " communautaire ".

Le communautaire...
" Je préférerais n'en rien faire "
(Bartelby)

"Communautaire" : comment définir ce mot ? Faut-il le définir ? Une question mille fois posée.

C'est un mot qui a accompagné notre travail au Méridien depuis une dizaine d'années. C'est autour de lui que nous nous sommes réunis et que nous avons construit un projet, un travail en santé mentale communautaire. C'était, il y a dix ans, un concept porteur. Un concept qui venait d'autres contextes (Amérique latine, Québec, ...). Un concept qui faisait sens.

Mais qu'en est-il aujourd'hui ? Est-ce encore un concept porteur de sens ? De quels sens ?

C'est à cette exploration des différents sens du mot et à l'impasse de définition actuelle que nous voudrions inviter le lecteur dans cette seconde partie.

Nombreux sont les auteurs, les chercheurs, issus de différentes disciplines, qui ont tenté d'aborder et de définir le concept de "communauté".

Une des controverses qui accompagnent le concept de communauté est celle de ses rapports avec l'espace, avec le territoire et plus spécifiquement avec le quartier.

Le travail réalisé par B. Wellman et B. Leighton³, à partir de la perspective de la **sociologie urbaine**, nous semble une contribution pertinente à ce propos. Les recherches effectuées en Amérique du Nord sur les conditions qui permettent d'entretenir des sentiments de solidarité dans l'espace urbain et la manière dont, dans un système social, la division du travail affecte l'organisation et le contenu des relations interpersonnelles ont permis aux auteurs de dégager trois thèses sur la communauté : celle de la communauté perdue, de la communauté protégée et de la communauté émancipée.

La thèse de la "**communauté perdue**" postule que les structures centralisées, industrielles et bureaucratiques des sociétés modernes ont porté atteinte aux relations primaires. Des activités auparavant portées par la famille, les voisins et les amis ont été prises en charge par des institutions sociales, provoquant ainsi une diminution de la solidarité communautaire et une dépendance accrue vis-à-vis des services formels. L'amélioration des transports et des communications a favorisé l'expansion et la diversification des contacts sociaux. Les citoyens deviennent membres de plusieurs réseaux sociaux, mais aux liens réduits en quantité et en intensité. Ces relations sont peu propices aux sentiments et aux activités solidaires et elles rendent difficile la mobilisation des membres quand une aide est nécessaire.

La thèse de la "**communauté protégée**" soutient, au contraire, que la communauté de voisinage est bien présente et qu'elle continue à représenter un facteur de sociabilité et d'entraide. Les citoyens établissent des liens de sécurité communautaire et la solidarité entre voisins, parents et collègues de travail sert actuellement d'intermédiaire entre les habitants et les institutions bureaucratiques.

Les citoyens seraient ainsi engagés dans une communauté de quartier, unique, même si, en même temps, ils peuvent être membres d'autres réseaux sociaux. Communauté et quartier sont superposés et les liens, circonscrits aux relations à l'intérieur du quartier, sont solides et soudés. Ces réseaux permettent un contrôle social informel sur leurs membres, mais aussi une mobilisation aisée des ressources de la communauté lorsqu'un de ses membres a besoin d'aide.

La thèse de la "**communauté émancipée**" rejoint, d'une part la communauté perdue, en affirmant que les systèmes sociaux dans la société industrielle ont affaibli les communautés de quartier, et, d'autre part, rejoint la communauté protégée, en disant que les relations primaires demeurent viables. Mais elle prétend, à la différence des deux autres thèses, que ces relations peuvent s'organiser en dehors des quartiers.

Il existe aujourd'hui des communautés sans "proximité" géographique dont les relations peuvent se poursuivre malgré de grandes distances. Les individus organisent leurs rapports sociaux dans des réseaux multiformes, peu liées entre eux, aux limites imprécises.

La norme de la communauté émancipée est l'autonomie. Le déplacement entre les différents réseaux sociaux augmente les contacts et cette ouverture diminue le contrôle social de la communauté protégée. Ce type de communauté constitue une base faible pour les sentiments et activités solidaires, mais certaines relations peuvent toutefois être mobilisées en cas de besoin.

Ces thèses sont souvent présentées comme opposées ou comme démonstratives d'une évolution de la société préindustrielle vers la société industrielle, et ensuite vers la société postindustrielle. Pour les auteurs, ces thèses se justifient toutes les trois, la prédominance de l'une ou de l'autre dépendant des contextes.

Des **psychanalystes**⁴ se sont également penchés sur la question en essayant d'abord de différencier le groupe de la communauté. Étymologiquement, groupe vient de l'italien *gruppo* : nœud, assemblage. Le groupe serait donc une réunion en un lieu, un ensemble, un essaim, une grappe, une troupe, une formation préliminaire à une communauté, désignée par sa morphologie, comme une étape nécessaire à la constitution d'une communauté. Sur le plan psychique, on pourrait distinguer le groupe de la communauté comme deux degrés sur une échelle d'évolution du développement psychique. Le groupe serait un degré primaire, basique où sont partagés des états émotionnels dans une certaine indifférenciation des membres. La communauté correspondrait à un degré secondaire où le(s) trait(s) partagé(s) ont fait l'objet d'une élaboration explicite, où des liens ont été reconnus et différenciés, où l'individuation et la subjectivation des membres sont assez avancées. Le groupe aurait comme moteur "le même", Kaës parle d'isomorphisme ; la communauté aurait comme moteur "la différence", l'homomorphisme pour Kaës. Pour répondre à la question "*à quelles conditions une communauté favorise-t-elle la santé mentale de ses membres ?*", les références psychanalytiques parlent tout d'abord d'un **espace contenant** assurant la protection de ses membres (sécurité psychique et physique), permettant la **constitution de leur identité**

(identification à une figure ou un objet idéalisé, émergence de différences dans la représentation de cet idéal par chacun des membres, reconnaissance de places et de rôles différenciés pour chacun des membres). Elles font également état d'une fonction de **transition** (entre l'extérieur et l'intérieur de la communauté, à l'intérieur de la communauté elle-même et à l'intérieur de chaque membre). La communauté produirait une **culture**, à savoir des rapports particuliers au temps, à l'espace, une langue, des gestes, des rites, des codes, des croyances, un sens de la vie.

Dans un article publié récemment dans *Le Monde*⁵, Dominique Schnapper nous parle de la communauté comme d'un rassemblement de personnes autour d'un intérêt commun (religion, histoire, langue, condition sociale, etc.), entretenant entre elles des relations directes et intenses, positives ou négatives. Selon elle, parler de **communauté de citoyens** est une utopie car les citoyens ne forment pas un ensemble de personnes ayant entre elles des liens chaleureux et directs mais plutôt un ensemble de sujets de droits et de devoirs. Le citoyen est une abstraction. Une communauté de citoyens serait donc une utopie, mais une utopie créatrice, nécessaire, toujours en construction. Car c'est cette utopie qui permet de maintenir vivables les contradictions de nos sociétés démocratiques entre des principes universels, égalitaires, mais froids et "désincarnés" et des particularismes communautaires avec leurs rites, symboles et liens directs entre leurs membres. C'est cette utopie, cet horizon d'universalisme qui permet à chacun de ne pas rester prisonnier de ses seules communautés d'appartenance, de maintenir des possibilités de communication et d'échange avec les autres. Et c'est à chaque société de gérer au mieux les tensions entre ces deux pôles.

Enfin, dans notre parcours à la recherche du sens du mot "communauté", c'est sans doute auprès du **philosophe** italien, R. Esposito, que nous avons trouvé le plus d'écho à nos doutes et questionnements. Il n'hésite en effet pas, comme le souligne J-L. Nancy dans la préface de son livre "Communitas. Origine et destin de la communauté"⁶, "à s'écarter principiellement du mot "communauté" et à se tenir ainsi à l'écart des tentations de facilité de pensée ou les risques de mésinterprétation que ce mot répand insidieusement autour de lui, comme on a pu s'en instruire depuis un certain temps".

Dans son livre, l'auteur va chercher dans les racines latines du mot et dans le discours des philosophes, des éléments qui peuvent contribuer à approcher les sens du mot. *Communitas*, selon Esposito, désigne l'espace du commun, l'être en commun, l'être ensemble. La difficulté majeure est celle de penser ce qui est commun en évitant de le penser comme une identité, comme un état, comme un attribut. Dans la traduction latine du mot communauté, "cum munus", le préfixe "cum" peut se traduire en français par "avec" ou "ce qui lie". Être avec, c'est être dans le lien, c'est faire du sens ensemble. Le "cum" est un exposant, il nous met les uns devant les autres, c'est un "à l'égard de", un "avoir à faire avec". Par notre condition d'humain, nous sommes exposés les uns aux autres. Le "munus" est le partage. Partage d'un devoir, d'une charge, d'une dette, dira Esposito. Nous sommes en charge de notre "cum", de notre "avec", de notre exposition aux autres. Ce munus est un tribut obligatoire qu'on a contracté envers les autres. Une communauté serait donc un ensemble d'individus unis non pas par une propriété, une identité commune mais par une dette, un manque, un devoir ("je te dois quelque chose"). Dans la communauté, ce n'est pas un principe d'identification que les individus trouvent, mais plutôt une "extranéité" qui les constitue comme manquant à eux-mêmes, qui les contraint à sortir d'eux-mêmes, à s'exposer.

Au terme de ce bref parcours des différents sens du mot "communauté", où en est-on aujourd'hui ? Pour reprendre les paroles du poète Francis Ponge, *"résister aux paroles devient utile, l'art de ne dire que ce que l'on veut dire, l'art de les violenter et de les soumettre. (...) Il faut à chaque instant se secouer de la suie des paroles"*, pour qu'un mot reste un mot vivant, ne l'endormons pas trop vite par désir de définition. Les définitions ont cette funeste tendance au définitif ou à l'espoir d'en faire du définitif. Or, on l'a vu dans les antécédents historiques du concept, un mot résonne différemment selon les lieux ou les époques. Et, dans notre contexte actuel, ce mot évoque certainement autant les fermetures territoriales ou les replis identitaires que les "ressources solidaires et participatives" ou "les visées émancipatrices et de changement social". La question qui se pose n'est-elle pas dès lors de savoir si ce mot, avec toute la polysémie qu'il véhicule, n'est pas suffisamment paradoxal et confus pour être abandonné de notre langage ? Ce mot n'est-il pas tellement bien-entendu que les mal-entendus qui se cachent sous son chapeau seraient plus paralysants qu'opérants ? Si l'abandonner purement et simplement serait sans doute prématuré et impulsif, ne faudrait-il pas le "dégonfler" quelque peu, le mettre de côté un moment, le considérer davantage comme une énigme que comme une certitude ?

La bagarre avec les mots dont parle F. Ponge peut donner parfois l'impression d'ergoter, de chicaner, de faire du sur-place... mais n'est-ce pas aussi la beauté d'une recherche, d'une pensée qui se voudrait tentée d'une espèce de liberté ?

¹ "Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien", Ed. Armand Colin, Paris, 2003.

² J. Guay, "L'intervention clinique communautaire. Les familles en détresse", Les Presses de l'Université de Montréal, collection Intervenir, Canada, 1998.

³ B. Wellman et B. Leighton, "Réseau, quartier et communauté. Préliminaire à l'étude de la question communautaire.", in Urban Affairs Quarterly, vol 14, n°3.

⁴ X. Renders, sur base d'écrits de R. Kaës, D. Anzieu, W.R. Bion, J.C. Rouchy, O. Douville, S. Freud.

⁵ "La communauté des citoyens, utopie créatrice", par Dominique Schnapper, in Le Monde du 12 novembre 2004, p.1

⁶ R. Esposito, "Communitas. Origine et destin de la communauté", Presses universitaires de France, Paris, 2000.

A propos de l'empowerment.

Synthèse réalisée par

Pauline ROMERO,

assistante sociale

Equipe communautaire du S.S.M. Le Méridien

Dans le cadre de l'intervention communautaire au sens large, on a souvent fait référence à l'importance des actions mises en place "avec les gens" et non pas "pour les gens". Ne s'agit-il pas de susciter une prise ou une reprise de pouvoir au sein de la société ? Afin d'aller plus loin dans la réflexion, nous nous sommes intéressés à la notion "d'empowerment". Nous vous proposons quelques repères issus d'un texte de William Ninacs, "L'empowerment et l'intervention sociale", publié par le Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (Québec).

Selon W. Ninacs, l'empowerment est un processus par lequel les individus et les collectivités acquièrent la capacité d'exercer du pouvoir, un état qui permet d'avoir la capacité d'exercer un pouvoir et une approche des interventions sociales et communautaires. Ces trois éléments visent à développer la capacité d'exercer un pouvoir pour un individu ou une communauté.

L'approche axée sur l'empowerment voit le rapport entre tous les individus, y compris celui entre intervenants et usagers, comme fondé sur la réciprocité et foncièrement égalitaire.

Au Québec, l'empowerment renvoie à un courant d'intervention connu sous différents vocables français : "prise en charge, appropriation, pouvoir d'agir ou encore émancipation".

L'empowerment conjugue :

- a- un sentiment de pouvoir personnel et une capacité d'influencer le comportement d'autrui,
- b- une orientation axée sur l'accroissement des forces existantes des individus et des communautés et sur l'idée que le pouvoir ne constitue pas une denrée rare,
- c- la prémisse à partir de laquelle se fonde l'empowerment est que les compétences pour effectuer le changement visé sont présentes ou au moins que le potentiel pour les acquérir existe.

Pour l'auteur, il y a **3 types d'empowerment**, chacun ayant des caractéristiques propres :

- ♦ l'**empowerment individuel**, qui correspond au processus d'appropriation d'un pouvoir par une personne ou un groupe,
- ♦ l'**empowerment communautaire**, c'est-à-dire la prise en charge du milieu par et pour l'ensemble du milieu,
- ♦ l'**empowerment organisationnel**, qui correspond à la fois au processus d'appropriation d'un pouvoir par une organisation et à la communauté à l'intérieur de laquelle une personne ou un groupe devient "empowered".

Le pouvoir renvoie ici à la capacité que possède un individu ou un système de :

- 1- *choisir librement* (requiert la présence d'une alternative),
- 2- *transformer son choix en décision* (requiert la capacité d'analyse),
- 3- *agir en fonction de sa décision tout en étant prêt à assumer les conséquences de sa décision;*
en d'autres mots , la capacité de prendre un risque.

L'empowerment individuel

L'empowerment individuel opère sur quatre plans : la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. Il s'agit d'un enchaînement simultané d'étapes qui, dans leur ensemble et de par leur interaction, forment le passage d'un état sans pouvoir à un état où l'individu acquiert la capacité d'agir en fonction de ses propres choix.

C'est l'interaction des composantes qui caractérise l'empowerment, chacune d'elles jouant un rôle précis à l'intérieur du processus (voir tableau ci-dessous).

La Participation
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Assistance muette. ◆ Participation aux discussions simples (<i>droit de parole</i>). ◆ Participation aux débats (<i>droit d'être entendu</i>). ◆ Participation aux décisions (<i>aval ou refus de consentement</i>).
Les compétences pratiques
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Acquisition progressive des connaissances et des habiletés pratiques et techniques requises par la participation et par l'action.
L'estime de soi
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Auto-reconnaissance de la légitimité de l'identité propre (<i>amour de soi</i>). ◆ Auto-reconnaissance de sa propre compétence (<i>vision de soi</i>). ◆ Reconnaissance de sa compétence par les autres (<i>confiance en soi</i>).
La conscience critique
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Conscience collective (<i>la personne ou la collectivité n'est pas seule à avoir un problème</i>). ◆ Conscience sociale (<i>les problèmes individuels et collectifs sont influencés par la façon dont la société est organisée</i>). ◆ Conscience politique (<i>la solution des problèmes d'ordre structurel passe par le changement social, c'est-à-dire par l'action politique dans le sens non partisan du mot</i>).

Sur le plan psychologique l'empowerment identifie quatre éléments clés : l'augmentation de l'efficacité personnelle, le développement d'une conscience de groupe, la réduction de l'autoculpabilisation et l'acceptation d'une responsabilité personnelle pour le changement.

Pour la réalisation du processus d'empowerment individuel, il faut **trois ressources minimales** : l'interaction, le temps et quelque chose ayant une grande valeur aux yeux de l'individu concerné.

L'interaction : le groupe constitue le lieu privilégié de l'empowerment individuel. A l'intérieur de celui-ci, les problèmes personnels peuvent se transposer en préoccupations collectives et le pouvoir peut se voir augmenté et partagé. Ce dispositif (un groupe, une organisation, une communauté) doit aussi s'avérer un lieu :

- où on se préoccupe autant des processus que des résultats,

- où les membres du groupe partagent un système de valeurs articulé à l'intérieur d'une vision commune,
- qui est ouvert au changement, aux idées nouvelles et aux opinions divergentes,
- où règne une atmosphère d'apprentissage et où les individus ont la possibilité de développer leurs compétences,
- qui offre des occasions aux individus de contribuer au développement du groupe, de la communauté par le biais d'actions concrètes,
- où s'exerce sur les plans organisationnel, instrumental et social, un leadership solide de type consensuel, qui motive et soutient les individus.

Le temps : le processus se situe dans le long terme, car on ne peut ni hâter ni forcer l'empowerment, on ne peut que le favoriser.

L'appropriation du pouvoir ne peut pas se réaliser que si l'individu possède "quelque chose à risquer" - des connaissances, un bien, de l'argent..., c'est-à-dire **quelque chose à laquelle il ou elle attribue une grande valeur**.

L'empowerment communautaire

L'empowerment communautaire correspond de façon générale au moyen par lequel des communautés augmentent leur pouvoir collectif. Il s'agit d'un cheminement vécu simultanément par la collectivité et par les individus qui en sont membres.

C'est un processus complexe reposant sur plusieurs éléments présents dans la communauté :

- **la participation** doit permettre à tous les membres de la communauté de participer à sa vie et au processus de décision en assurant l'équité dans la redistribution du pouvoir ;
- **les compétences**, dimension qui renvoie à la connaissance et à la reconnaissance des forces du milieu, à la capacité de mailler les ressources locales, de les voir coopérer et tirer profit de synergies qui en découlent, aux habiletés consensuelles et décisionnelles, à la gestion du changement et des transitions, à l'autogestion de son développement et au renforcement des réseaux naturels, communautaires et professionnels de soutien aux individus ;
- **la communication** se traduit par l'interaction positive, l'expression de points de vue divergents ancrée dans la confiance, la circulation large, libre et efficace de l'information générale, l'accès à l'information pour réussir des projets spécifiques et la transparence dans les processus organisationnels ;
- **le capital communautaire**, c'est-à-dire la réserve de sentiment d'appartenance, à la fois à la communauté et à l'environnement et de conscience de la citoyenneté possédée par chacun de ses membres, assurant l'entraide sur le plan individuel et permettant l'action sur des questions sociétales plus larges. Pris séparément, chaque élément de l'empowerment communautaire doit contribuer au renversement d'un état de "disempowerment" et, de façon conjuguée, ils doivent permettre l'appropriation d'un pouvoir absent ou perdu, soit pour toute la communauté, soit pour une de ses parties.

La communauté

On peut définir une communauté comme un ensemble de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis qui entretiennent entre elles des interactions sociales et des liens psychologiques d'appartenance. Il en existent différentes sortes : communauté géographique, communauté de solidarité axée sur une identité commune, réseau social, communauté d'intérêts, espace de vie partagé. Certaines communautés de même type peuvent exister à l'intérieur d'une plus grande communauté, les individus peuvent être membres à la fois de plusieurs sortes de communautés.

Une communauté est ainsi plus qu'un simple groupe de personnes et l'empowerment communautaire ne veut pas dire l'empowerment de n'importe quel groupe.

On peut parler d'empowerment d'une communauté quand :

- a- une communauté possède une existence qui lui est propre (celle du groupe varie en fonction des personnes qui le constitue) ;
- b- les actions d'une communauté ne dépendent pas d'une intervention sociale;
- c- les membres d'une communauté forment un ensemble et possèdent des connaissances, habiletés et capacités collectives;
- d- un groupe ne peut pas, en tant que tel, devenir empowered; ce sont les personnes qui constituent le groupe qui le deviennent, à des degrés divers tandis qu'une communauté peut devenir "empowered".

Les liens entre l'empowerment individuel et communautaire

Il existe des rapprochements entre empowerment individuel et empowerment communautaire.

L'empowerment communautaire constitue le véhicule de l'empowerment individuel car il existe une interaction réciproque entre l'empowerment d'un individu et celui de sa communauté à l'intérieur d'un processus circulaire. Cela présuppose une certaine capacité d'action des personnes et, donc, un processus d'empowerment individuel préalable à celui de la communauté.

L'empowerment organisationnel

Une communauté empowered est celle où les personnes, tant individuellement que par l'entremise d'organisations, mettent en commun leurs capacités et leurs ressources. C'est à partir d'organisations où participe un large éventail de personnes impliquées localement qu'il est possible de développer les compétences du milieu et d'éviter les approches d'exclusion ou de discrimination.

Une communauté compétente est un lieu où les différents systèmes arrivent à répondre aux besoins des individus et où les individus arrivent à utiliser les systèmes de façon efficace.

Les systèmes d'une communauté sont constitués de dispositifs formels et prennent souvent la forme d'organisations qui lorsqu'elles correspondent à des lieux de travail, de services, de revendications ou de loisirs deviennent des communautés. Les communautés "fonctionnelles" jouent un rôle particulier, elles servent de pont entre les individus et la communauté dans son sens large en tant que lieux d'intégration et parce qu'elles exercent une influence sociale. D'où l'importance du rôle des organisations. L'organisation sert de lieu d'empowerment pour ses membres ou pour les autres personnes qui y participent et développent la fonction d'empowerment communautaire.

L'empowerment organisationnel s'opère également sur quatre plans :

- ♦ **la participation**: la situation ressemble à celle d'un individu, car une organisation peut participer aux décisions qui l'intéressent, en particulier dans les organismes dont elle est membre,
- ♦ **les compétences** sont celles mises à contribution par les individus (instances décisionnelles, comités, personnel) , il peut y avoir un transfert de savoirs entre les différents membres de l'organisation,
- ♦ **la reconnaissance** renvoie au cheminement par lequel l'organisation arrive à la reconnaissance de sa propre légitimité et de ses compétences (façon dont les membres la perçoivent et, par la suite, dont le milieu qui l'entoure la perçoit),
- ♦ **la conscience critique**, c'est-à-dire la capacité d'analyse de l'organisation quant à la clarification des enjeux pour ses membres et pour la population en général.

La reconnaissance par les autres est capitale sur le plan de l'empowerment organisationnel. La légitimité semble également liée à la capacité de se définir, à se distinguer d'autres organisations.

Les Réseaux d'Échanges de Savoirs: à la frontière de la santé mentale et de l'éducation permanente

Christine VANDER BORGHT, psychologue
et **Pauline ROMERO**, assistante sociale

*Mouvement Francophone de Belgique
des Réseaux d'Échanges Réciproques de Savoirs*

Depuis 1987 au Service de Santé mentale La Gerbe et ensuite, à partir de 1993 au Service de Santé Mentale Le Méridien, la coordination des projets Réseaux d'Échanges de Savoirs constituée actuellement en asbl « Mouvement des Réseaux d'Échanges réciproques de Savoirs » poursuit son chemin, au gré des personnes qui les portent et les vivent au quotidien. On sent bien que lorsque des moyens sont décrochés, les effets sont immédiats et visibles : dynamisation des inter-réseaux, diffusion de l'idée, organisation

de formation d'animateurs de réseaux d'échanges de savoirs, ateliers d'écriture autour des notions d'apprentissage et de transmission ...

En quoi ces Réseaux d'Echanges de Savoirs ont-ils quelque chose à voir avec la santé mentale ?
De quoi s'agit-il ?

Pour qu'il ait un **Réseau d'échanges de Savoirs (R.E.S.)**, il faut réunir certaines conditions :

1. Un sujet demande un savoir (quel qu'il soit) **et offre d'en transmettre un qu'il possède.**

Présumé : *chacun a des savoirs. Ces savoirs seront reconnus lors de l'entrée de la personne dans les R.E.S. à travers un « repérage de savoirs ».*

2. Cette offre et cette demande sont adressées à quelqu'un (individu ou groupe) qui, à son tour, sera demandeur et offreur de savoirs. *C'est grâce à l'autre que je construis ma conscience de savoir.*

3. Les modalités de l'échange de savoirs sont « socialisées » : c'est-à-dire qu'elles s'insèrent dans une dynamique organisationnelle à travers des « mises en relation » et des « médiations » qui tiercent les rencontres subjectives. L'information est diffusée par affichages, fichiers, bulletins de liaisons.

4. Les échanges sont régulés par le collectif d'animation, une des tâches de ce collectif étant de tenir à jour l'enregistrement des offres et demandes et veiller à ce que les offres et demandes se concrétisent dans des échanges de savoirs. Une autre tâche est de permettre l'évaluation des échanges. Evidemment, les échanges ne marchent pas toujours. C'est important de comprendre ce qui n'a pas permis à l'apprentissage de se réaliser : circonstances, incompréhension des attentes et des appréhensions, difficultés méthodologiques, irrégularités des rencontres, manque de matériel, difficulté relationnelle...

Mais l'évaluation questionne aussi ce qui marche ? Qu'est-ce qui a facilité l'apprentissage ? Cette prise de conscience du « comment ça s'est passé ? » permet l'élaboration d'un savoir sur la manière subjective, que nous avons chacun, de construire nos savoirs. C'est ce que certains pédagogues appellent le processus d'*auto-socio-construction des savoirs*.

Cette prise de conscience est contaminante : c'est-à-dire qu'elle se diffuse dans tous les champs d'acquisition de savoir et l'élaboration des expériences de vie. Elle stimule le développement d'une intelligence active des conditions et des modalités d'apprentissages. On peut ainsi rejoindre la définition que donne Claire Héber-Suffrin des R.E.S. : il s'agit, nous dit-elle, d'une construction coopérative d'un système ouvert d'apprentissage caractérisé par la transversalité, la multcentralité, et la reconnaissance mutuelle.

Comme tout projet humain, les R.E.S. sont des projets fragiles, aléatoires et bouleversants.

Quand cela marche, les R.E.S. produisent une énergie inventive, curieuse et chaleureuse qui mobilise des changements individuels et collectifs.

Quand cela ne fonctionne pas, c'est très décourageant.

Est-ce une raison suffisante pour ne pas essayer ?

**Mouvement Francophone de Belgique
des Réseaux d'Echanges Réciproques de savoirs**

S.S.M. Le Méridien
68, rue du Méridien - 1210 Bruxelles

Pour toute information complémentaire : 02/218.56.08

Enseignement, pouvoir et Santé communautaire.

Andrée POQUET

Infirmière hospitalière graduée et sociale - licenciée en sciences hospitalières de l' ULB
Professeur à l' Ecole d'infirmières de l'ULB-Haute Ecole de Bruxelles I. Prigogyne.
Coordinatrice de la formation des infirmiers en santé communautaire

Après dix ans d'expérience utile dans les structures de santé comme infirmière au service des urgences d'un hôpital publique, comme infirmière sociale dans le cadre de la santé familiale et de la santé mentale (foyer de post-cure et Service de Santé Mentale à Schaerbeek), j'ai repris la gestion pédagogique de la section « infirmiers sociaux » de l' Ecole d'infirmier(e)s de l' ULB.

Après avoir participé activement à la réforme de la formation des infirmiers sociaux en infirmiers en santé communautaire, je coordonne l'équipe pédagogique responsable de cette année d'orientation et je suis titulaire de l'ensemble des enseignements spécifiques à la profession d'infirmier en santé communautaire (cours et enseignement clinique).

Chargée des cours centrés sur l' éducation , la promotion de la santé aux années de base des infirmiers bacheliers en soins généraux.

Une formation d'infirmiers en santé communautaire : pour quelle pratique, pour quels besoins ?

La Conférence d'Alma Ata (OMS 1978) a donné un réel sens au concept de soins de santé primaire en mettant la lumière sur l' accessibilité des soins. Elle donne à la population le droit de bénéficier de soins psycho-médico-sociaux de qualité, continus, tout en intégrant l' approche curative, préventive et de revalidation : force a été de constater que faire prévaloir ce type d'approche nécessitait une réelle révolution des mentalités dans les milieux de la santé mais également auprès des différents intervenants et de la communauté elle-même.

L'objectif de formation consiste à aider l' infirmier communautaire à se situer, dans ce nouveau cadre, comme agent de première ligne. Il devra pouvoir évoluer dans la communauté en adhérant à ce concept de soins de santé primaire. Il tentera de travailler avec la population et d'identifier, avec elle, les besoins et les problèmes. Au départ de ce constat, il devra pouvoir, avec les différents partenaires et en s'appuyant sur les attentes et la participation des usagers, mettre en place ou participer à des projets communautaires.

Le projet pédagogique s'est appuyé essentiellement sur la formation des infirmiers canadiens. Quels sont les grands problèmes rencontrés ?

Le milieu médical et paramédical est formé essentiellement dans le monde hospitalier et sa formation est essentiellement centrée sur le soin et la maladie. Prendre en charge, savoir ce qui est bon pour l'autre dans le registre de la maladie, fait partie de la culture et la plupart des usagers aura vite fait d'installer l'infirmier dans ce rôle.

Positionner l'infirmier comme agent de santé, l' aider à se situer de manière positive par rapport à la promotion et la qualité de vie est une réelle gageure.

Le soin curatif, en tant que tel, a un impact très limité sur la santé.

Toutes les études soulignent l'impact du psycho-social sur la santé. Une médicalisation, une prolongation d'hospitalisation, une difficulté de prise en charge ambulatoire sont souvent plus liées à la précarité,

l'inadéquation des logements et surtout à un manque de cohésion familiale et sociale qu'au tableau clinique proprement dit.

Le développement de l'approche communautaire, et donc la réforme de formation des infirmiers, s'inscrivent dans une réalité politique. L'évolution exponentielle des coûts de santé, le vieillissement de la population et surtout le nombre croissant d'une population dépendante, fragilisée par l'âge et le handicap, a permis de repenser les formations et d'envisager ce nouveau type d'approche.

On constate que si les mentalités évoluent, les rapports de force sont pour le moins inégaux et que le pouvoir est essentiellement à l'économique et à une médecine qui a priorisé l'acte technique et l'approche curative.

Porter une attention sur les causalités des symptômes paraît essentiel mais il faut rester vigilant même dans le domaine de la santé mentale.

Les stress-team, les cliniques de tous genres voient le jour pour pallier au mal-être. Un psychologue se voit dépêché sur les lieux de tout nouveau sinistre sans que nous entendions réellement une réflexion portée sur les causalités. Nous risquons tous, dans notre statut d'aidant, de voir notre raison d'être s'amoindrir et donc de voir un bénéfice dans la non prise en charge des problèmes sociaux réels sous-jacents.

Comme formateurs des infirmiers en santé communautaire à l'école d'infirmiers de l'ULB, nous sommes - par rapport au thème du pouvoir, des pouvoirs -, confrontés à **3 défis essentiels** :

- 1- **Le public ciblé**, à savoir des infirmiers en soins généraux, a une expérience essentiellement basée sur le monde hospitalier et son référentiel est une structure hiérarchisée où le pouvoir est essentiellement médical.
- 2- **L'Ecole** est également lieu de pouvoirs où l'usager, ici l'étudiant, est en situation de dépendance et d'attente.
- 3- **L'Ecole, et la formation en santé communautaire** en particulier, doivent tenter de se situer au sein de la communauté, face à la complexité institutionnelle.

Dans ce contexte, former au participatif, aux partages des savoirs peut paraître du registre d'une nouvelle gageure.

Si les concepts peuvent s'enseigner théoriquement sans difficulté et entraîner une adhésion rapide aux niveaux des principes, on constate rapidement que la difficulté consiste à provoquer un changement au niveau des mentalités des différents acteurs du projet pédagogique.

Le projet pédagogique global se structure dans le cadre de l'année académique en **4 étapes**, reflet du processus d'organisation d'une démarche communautaire. Il doit permettre à l'apprenant de se situer en tant qu'agent communautaire en fin de processus.

Le pouvoir est analysé et travaillé par le biais de ces étapes.

1^{ère} étape : établir le diagnostic par l'exploration du milieu

- ♦ classer en tant que tel
- ♦ identifier les problèmes majeurs
- ♦ investir la culture, les représentations
- ♦ identifier les ressources
- ♦ analyser les forces spécifiques

Cette étape centrée essentiellement sur la collecte des données se fera au départ de groupe de travail qui vise à permettre à chacun de mettre des mots sur son expérientiel.

Chaque infirmier arrive d'horizons différents, a son expérience propre et a ses propres représentations du pouvoir.

Dans un contexte scolaire, chacun amène ses expériences enrichissantes ou traumatiques et s'est forgé sa propre idée de ce que l'école attend de lui.

Considérer que l'histoire de chacun va pouvoir enrichir le groupe ne se fait pas naturellement : les étudiants sont souvent au départ dans une logique individuelle, compétitive et les enseignants y adhèrent pour la plupart : les points, les grades font parties de la culture pédagogique. Contrer cette logique et mettre chacun dans le projet, en partant de l'a-priori que le savoir de chacun va enrichir le groupe, ne peut se faire qu'avec le temps .

2^{ème} étape : planifier le travail

- ♦ explorer les actions et les activités
- ♦ identifier les projets à prioriser

Si de nombreux projets peuvent permettre de vivre ce partage des savoirs et de développer la dynamique participative, un projet nous tient particulièrement à cœur au sein de l'établissement, à savoir un voyage à l'étranger d'une semaine centré sur une étude comparative des pratiques communautaires. Ce projet permet de confronter nos réalités aux autres professionnels et d'échanger sur les difficultés de chacun et aussi sur les pistes préconisées pour sortir des impasses.

Tenter ensemble, à un niveau international de cerner l'impact du culturel sur la santé et sur la gestion de l'institutionnel permet de cerner l'importance des représentations du pouvoir au travers des différentes cultures : place de l'homme, de la femme, place de l'agent de santé. Qui détient le réel pouvoir dans la communauté approchée ? Comment tenir compte de ces réalités dans le travail mis en place ?

Cette confrontation à l'autre dans ses différences est toujours interpellante et permet à chacun de progresser.

3^{ème} étape : organiser avec et dans la classe

- ♦ mettre en œuvre les projets définis comme prioritaires
- ♦ délibérer sur les priorités

Dans l'organisation du voyage, beaucoup d'étapes peuvent se faire collégialement (choix du lieu, établissement des priorités, rédaction d'un dossier de mission...). Nous constatons cependant que certaines étapes restent plus problématiques, par exemple la gestion du budget. Libérer des budgets, arriver donc concrètement à ce qu'un dossier soit reconnu comme intéressant par des bailleurs de fonds, nécessite une relation individualisée qui est du registre du pouvoir.

L'argent, sa ventilation, la manière dont chacun va en jouer pour avoir une emprise reste déterminant. Ce thème nécessiterait une intervention à part entière dans le sujet qui nous intéresse, à savoir la mise en place d'une réelle politique de santé communautaire.

Le mode de financement des politiques de santé (disparité notoire entre le monde hospitalier et ambulatoire, financement à l'acte et sous-financement des programmes de première ligne, place laissée aux trust pharmaceutiques dans le financement des recherches ...) laisse apparaître les difficultés réelles pour une politique globale et souligne nettement la perversité de nos mécanismes de financement.

4^{ème} étape : évaluation du travail avec les différents intervenants

Evaluer le projet ne porte pas sur sa concrétisation proprement dite mais sur le processus mis en place, sur la nouvelle culture expérimentée.

Il est important de rappeler que l'objectif n'est pas prioritairement la réalisation du projet. On peut concevoir et concrétiser un voyage sans qu'il n'y ait rien à changer à la culture en place.

L'école est un lieu d'évaluations, souvent associé aux contrôles et il serait pervers de voir les projets pédagogiques alimenter la culture du lieu plutôt que de permettre l'expérimentation de nouvelles approches.

La classe est le creuset de l'expérimentation : elle peut être le lieu protégé où les mots vont pouvoir éclairer les difficultés de chacun.

Les difficultés essentielles sont à deux niveaux : d'abord au niveau de l'équipe pédagogique proprement dite, ensuite au niveau de l'interface lieu de formation - lieu d'apprentissage. Former des agents communautaires qui se positionnent comme agents de changement a une dimension séduisante mais n'est-ce pas là prise de pouvoir de la culture communautaire ?

Chacun de nous peut trouver un certain plaisir à aplanir les pyramides institutionnelles, à retirer le pouvoir à l'un ou l'autre sous le couvert de grands principes. Il paraît quand même riche d'analyser ce plaisir de détricoter des siècles d'histoire et de déposséder l'autre de l'ascendant qu'il a sur nous.

Comment assurer la maîtrise, faire partager l'expertise en s'enrichissant de l'expérience de vie de l'étudiant ? Ne pas prendre de pouvoir est probablement le défi majeur du pédagogue et de toute personne en relation d'aide.

Quand l'OMS parle de Soins de Santé Primaire, elle positionne le Soins dans cette logique de «prendre soin», d'anticiper le problème et de donner donc sens à la qualité de la vie.

L'impact majeur de la Conférence d'Alma Ata, qui a mis les jalons des soins de premières lignes comme préoccupation internationale, paraît donc être une réelle avancée mais il ne faut certainement pas sous-estimer les difficultés rencontrées à tous les niveaux (en particulier dans les pays industrialisés), pour que les principes deviennent réalité.

On peut être à l'aise face à la nouvelle place donnée à la Santé dans un projet sociétal global en fonction de nos considérations humanistes et démocrates mais je voudrais conclure en faisant part de deux inquiétudes.

La participation n'a de sens que dans une réelle adhésion au projet de l'ensemble des participants. Instaurer ce type de culture comme nouveau projet ne peut se faire que dans un contrat clairement explicité afin d'éviter une dérive démagogique où les décideurs auraient bonne conscience puisque chacun est invité autour de la table .

Autre inquiétude : l'approche communautaire et la ventilation des pouvoirs sur l'ensemble des acteurs risquent, si nous ne sommes pas vigilants de provoquer une dilution des responsabilités et une entrave à l'engagement.

Parler d'un projet pédagogique, d'un projet de santé communautaire ne peut prendre sens, devenir réalité, que si ceux-ci peuvent s'intégrer dans un choix sociétal global, où chacun trouve sa place dans un réel système solidaire et universel, où l'économique n'est pas le maître du jeu.

Pour information :

Ce texte est un travail de réflexions conduit au départ de deux interventions faites par Mme Andrée Poquet dans le cadre de l'asbl *Santé, Communauté, Participation* au Colloque Renaudot:

1. "Évaluer - évoluer" à Evry en novembre 2002
2. "Pouvoir et santé communautaire" à Mulhouse en mai 2004

Les prochains numéros de

Mental'idées

paraîtront

en mars/avril 2005 - n° 6

Dossier thématique "Evaluation"

en septembre 2005 - n° 7

Dossier thématique "Personnes âgées"

Pour être insérées dans nos pages, vos informations doivent nous parvenir au plus tard

le 1^{er} février 2005

et le 1^{er} juin 2005.

Votre avis

nous intéresse...

Afin d'améliorer encore le *Mental'idées*, nous devons savoir ce que vous en pensez, et ce tant sur le plan de la forme que sur celui du contenu... Est-il agréable à lire ? Les articles des dossiers thématiques et des autres rubriques sont-ils intéressants ? Et le côté informatif...? Est-il lu dans votre lieu de travail ? Les rubriques sont-elles adéquates?

Avez-vous des suggestions, des souhaits...? Avis, idées, critiques constructifs sont les bienvenus sur le mail herrygers.lbfsm@skynet.be. MERCI.

Comment construire un projet de vie à partir d'un projet de soin ?

Mounia AHAMMAD,

infirmière psychiatrique à la Clinique Saint-Jean

Ce projet a démarré de l'asbl Messidor, initiative d'habitation protégée répartie dans tout Bruxelles, le siège est situé à Saint-Josse, commune à quartiers plus précarisés où l'on rencontre de nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques.

Il entrait dans le cadre des projets «Activation et réinsertion dans la société», mais aussi parce que de Messidor, nous observons que la plupart des résidents sont envoyés par l'hôpital et que 20 % de ces personnes en grande souffrance psychique sont pris dans ce que les Canadiens appellent "le syndrome de la porte tournante", autrement dit des allers-retours réguliers entre les différentes structures de soins (habitations protégées, centre de jour...). Ces lieux ne permettent pas à la personne de se réinsérer socialement comme citoyen - loin s'en faut - et néanmoins deviennent pour certains les seules références.

La question partant du "syndrome de la plaque tournante" amorce directement celle qui m'intéresse plus particulièrement : *"comment construire un projet de vie à partir d'un projet de soin ?"*

Dans cette approche la question qui semblait pertinente à analyser en priorité était l'implantation de Messidor, en tant qu'institution dans la commune de Saint-Josse et son impact direct ou indirect dans la relation des patients à Saint-Josse et à ses habitants : adaptation à la mentalité de la population - habitants et tissu associatif - du territoire en question en fonction de la représentation qu'elle a de la commune, mais aussi de la santé mentale.

Ensuite, autre point tout aussi important, l'intérêt de Messidor envers la question de citoyenneté ou d'une réalité citoyenne dans Saint-Josse; intérêt qui se traduit par le type de cadre mis en place par l'institution, à savoir:

- accompagnement social et culturel des résidents à différents niveaux (réglement des taxes régionales, visite au théâtre,...)
- engagement dans le rôle de médiateur des activités culturelles de la ville (par exemple : Théâtre de la Monnaie, Zinneke parade, ...)
- questionnement au sujet des liens extérieurs et travail du lien Messidor/Cité.

Enfin, l'approche du lien au travail, à la formation socio-professionnelle, à la culture et aux hôpitaux ont été abordés... Tous des liens déjà présents mais à approfondir, afin de solidifier l'effet de construction d'un projet de vie tout en gardant les compétences et espaces de chaque institution.

Ce travail doit partir de questions liées à une trajectoire individuelle à respecter, afin de pouvoir l'inscrire dans une démarche plus sociale, pour que le patient/citoyen puisse créer son propre espace de vie. Autrement dit, cette démarche plus sociale et cet espace de vie ne peuvent sans doute s'élaborer qu'en s'articulant au «réseau» déjà présent.

En effet, le contexte de vie, ne comprend pas seulement le circuit de soin mais aussi le tissu social (j'utilise volontairement le mot *tissu social* au lieu de *réseau primaire*, pour insister sur ce type de lien et le différencier de l'aide psychosociale).

Nous sommes partis du travail de réseau (point de départ du soin) classiquement réalisé, c'est-à-dire principalement par la triangulation entre la famille, le médecin traitant et les différents intervenants (tout en étant conscients que ce choix abordait au mieux la question du soin mais peut-être pas suffisamment celle du milieu de vie).

Penser le soin, co-construire le tissu social, et donc donner des ouvertures citoyennes. Penser, même à minima, une place dans la cité, dans des lieux autres que ceux liés aux soins, pour les personnes en grandes souffrances psychiques, avec l'envie d'amener la question des ressources possibles - professionnelles et non-professionnelles - qui favorisent le lien social et l'intérêt de celles-ci pour ces questions. Pour ce faire, différentes rencontres ont été organisées avec des lieux susceptibles d'avoir rencontré des personnes psychiquement souffrantes et ayant parfois travaillé en lien avec des structures de soins, comme les alternatives à la psychiatrie, les S.S.M., les associations socioprofessionnelles et socioculturelles situés dans la commune de Saint-Josse et environs.

Des lectures ont soutenu les rencontres et ont amené les notions de *constellation transférentielle*, d'*échanges de savoirs*, de *fonction soignante* présentes chez tous et non liées à une structure de soin ou un statut de soignant, ainsi que l'envie de rencontrer d'autres lieux et de partager connaissances, expériences et représentations de la souffrance.

Voilà peut-être une forme d'échange communautaire entre les différentes approches et réalités, qui peut permettre de construire du possible, d'humaniser la folie et la déstigmatiser...

Cette meilleure articulation va peut-être casser une logique de soin séparatrice qui ne tient pas compte de la nécessité d'une continuité et d'interfaces qui correspondent à l'idée de citoyenneté.

Cette idée de départ a permis d'aborder ensuite la question des réseaux ou interfaces possibles avec la volonté que ces lieux soient les plus diversifiés possible, favorisant, soutenant le lien social afin d'introduire la notion de "*lieux hétérogènes ouverts*" : lieux différents, chacun avec leur spécificité propre mais capables de s'ouvrir, par exemple à la question du lien entre santé mentale et psychiatrie.

L'idée n'est pas de créer un nouveau lieu spécialisé mais d'accompagner la personne dans son projet de vie.

Ces lieux ne sont pas majoritairement liés à la psychiatrie, et c'est important car ils sont des représentants du quotidien, proches des représentations communes à la santé mentale et à la psychiatrie.

La plupart ont cependant une grande affinité avec les questions liées à la santé mentale via les problématiques quotidiennement rencontrées de solitude, d'alcoolisme, de désinsertion, de difficulté sociales souvent massives et complexes.

Certains sont en lien avec des personnes à pathologie plus lourdes (schizophrénie, psychose...), associées à des problèmes sociaux, toxicomanie...

Ils travaillent déjà en micro-réseau, c'est-à-dire en fonction des intervenants liés à la personne, ont un lien avec la famille, le médecin traitant, mais pensent manquer de soutien et/ou d'interfaces qui permettent de faire relais et de soutenir un travail plus continu avec l'entourage de la personne dans le but de consolider le tissu social.

En conclusion : il nous a semblé entendre un intérêt pour la notion d'accueil qui soutient l'idée, pour des personnes en souffrance psychique d'un moment d'accueil; moment qui autoriserait le tissage des liens de confiance et, peut-être, de permettre un accompagnement dans l'ébauche d'un projet de vie.

Ne faudrait-il pas penser cette notion d'accueil ou un lieu d'accueil en trois points ?

- L'accueil des résidents, patients.
- La possibilité pour les structures de soins d'envoyer leurs patients ou de faire appel à ce lieu.
- La création d'un lieu qui permettrait la rencontre entre les personnes du milieu lié aux soins et celles faisant parties du tissu social.

Partant de ce projet, on a constaté un intérêt pour le contexte de vie des patients/citoyens chez les professionnels mais aussi un manque d'outils conceptuels pour arriver à tenir compte avec succès de ces données. Au niveau des institutions socioculturelles, le désir d'accueillir ces problématiques est présent même si on ne sait pas très bien comment faire.

Ces constatations soutiennent l'idée de la création d'un lieu accueil des patients/citoyens dans leur complexité et d'accompagnement de ceux-ci. Cette structure devrait permettre aux professionnels du socio-culturel, de l'aide sociale et de la santé mentale de se rencontrer autour des questions *Lieu métis-Lieu interface*.

Approche clinique et posture ethnologique.

Pascale JAMOULLE,
anthropologue

UCL/ANSO/LAAP
et Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi

Mots clés : Santé mentale, enquête ethnologique, interdisciplinarité, clinique sociale de proximité.

La santé mentale s'appuie sur les travaux ethnologiques tandis que les ethnologues, pour les réaliser, prennent appui sur la réflexion clinique. Leurs enquêtes interrogent les processus de précarisation qui fragilisent la santé (physique et mentale) et la base sociale des populations. Elles peuvent valider des pratiques professionnelles ou des politiques publiques adaptées. Le travail de proximité de l'ethnologue sur son terrain peut aussi avoir des dimensions cliniques.

Les ethnologues fondent leurs propos sur de longues enquêtes de terrain. Ils localisent les problématiques qu'ils étudient dans des lieux-clés et des mondes sociaux, où elles ont une lisibilité particulière. Ils esquissent, par petites touches, la construction des problématiques de santé mentale, par un lent déchiffrement des contextes de vie et de l'histoire des individus et des groupes. Ils recomposent les pratiques sociales, économiques et symboliques de leurs interlocuteurs. Ils explorent les supports sociaux des personnes et leurs recours. Les acteurs sociaux déploient en continu un potentiel inventif pour faire face à leurs difficultés de vie et tirer le meilleur parti possible de leurs ressources locales ; ce faisant, ils les transforment. Mieux comprendre les difficultés, les points d'appui et les aspirations des populations locales, permet aux professionnels de la santé mentale d'ajuster en continu leurs modes d'intervention préventive et curative.¹

Pour recomposer le sens des conduites à risques et ses processus de production en milieu populaire, je réalise depuis une dizaine d'années une enquête ethnographique dans les anciens quartiers miniers du Hainaut belge², un terrain propice à l'observation des tensions de la jeunesse, de son rapport aux risques et au corps.

Après avoir interrogé la prévention et l'aide avec des professionnels de terrain, puis les processus de précarisation, avec des "tox de rue"³, j'ai réfléchi aux transformations des lieux de socialisation avec des familles.⁴ Cette dernière année, j'ai principalement exploré les relations entre les prises de risques extrêmes et la construction identitaire d'hommes et de pères.

Pour comprendre les contraintes et les évolutions qui travaillent les individus socialisés et la collectivité, nous varions nos sources : observations directes et participantes dans des groupes restreints, entretiens, récits de vie, traitement d'archives privées ou d'écritures de crise. Nous diversifions nos catégories d'interlocuteurs et nos approches interprétatives (par le genre, par la famille, par l'histoire du travail, par l'architecture des territoires, par les lieux de socialisation ...).

Au cours de mon travail d'ethnologue, les postures clinique et ethnographique s'articulent étroitement

- par l'analyse constante des affects et affectations qui traversent les relations d'enquête,
- dans la réalisation des récits de vie de mes interlocuteurs ou le travail sur leurs "écritures de crise",
- par des réunions mensuelles d'intervision interdisciplinaire, où cliniciens, travailleurs sociaux, criminologues et anthropologues interprètent ensemble, à partir de leurs éclairages spécifiques, le matériel de terrain.

Une approche de proximité

Par leurs méthodes particulières d'immersion en milieu de vie et d'observation participante, les ethnographes s'intègrent au cœur des modes de vie des individus, des familles et des groupes (villages, quartiers, clubs, maisons de quartier, cagnottes ...). Dans ce travail de proximité, ils engagent des relations d'empathie et de réciprocité avec leurs interlocuteurs. Pour avoir accès à ce qui se trame dans un groupe ou une famille, aux systèmes de relations qui obligent les individus, aux enjeux de la structure sociale, à ses pratiques et normes officieuses, l'ethnographe ne peut adopter une position d'extériorité. Pour qu'on lui parle sur le fond, il doit exister pour ses interlocuteurs, partager une expérience avec eux.

Dans son article "*Etre affecté*"⁵, Jeanne Favret Saada rend compte de la situation du chercheur lorsqu'il prend progressivement place dans le monde social qu'il cherche à comprendre. "*Il accepte d'occuper une certaine place et d'en être affecté*", dit-elle en jouant sur le double sens du mot (ressentir des affects et être assigné à une place). Elle a formulé là une part de la complexité de la position ethnographique. Au cours du travail de terrain, l'analyse des perturbations⁶ liées à l'enquête, des positions successives du chercheur et des affects engagés est un outil d'interprétation constant de l'univers de sens dans lequel l'ethnographe est plongé.

Dans ma première enquête, auprès des "tox de rue" vivant dans la grande précarité, mes interlocuteurs me décrivaient, avec un souci du détail, la dureté de leur vie de rue. Ils me parlaient de la construction de leur colère envers les adultes, puis envers "le système" en général ; du décalage entre leurs temporalités et leurs urgences et celles du dispositif d'aide et de soins. J'étais affectée par leurs sentiments de persécution et leur révolte. Ils me donnaient un rôle d'écrivain public, de témoin des injustices qui ne cessaient de leur être faite.

L'enquête suivante, j'ai travaillé dans des complexes de logement sociaux enclavés, habités principalement par des mères seules qui cherchaient à donner sens aux conduites à risques de leurs adolescents, souvent engagés dans l'économie souterraine de leur quartier. Dans les huis clos domestiques, où la plupart des pères avaient disparus du décor, j'étais affectée d'un rôle d'arbitre, de tiers, dans des relations familiales extrêmement serrées, troublées, traversées par la violence.

Dans mon enquête actuelle, auprès des pères de milieu populaire, j'écoute leur nostalgie des temps anciens, où les hommes faisaient autorité du regard et du geste. Beaucoup sont en attente d'une reconnaissance qui ne vient ni par une insertion professionnelle, ni par leur compagne, ni par leurs enfants. Je suis affectée par leur humiliation, la violence de leurs conflits conjugaux et leurs difficultés à construire un dialogue avec leurs enfants et beaux-enfants.

Ainsi, d'enquête en enquête, après un temps d'immersion, des constantes se font jour, des thèmes et des affectations récurrents apparaissent. Ils deviennent le cœur même de la problématique de recherche. Ils manifestent les enjeux, les aspirations, les transformations et les souffrances individuelles et sociales. L'évolution des rôles que j'ai pris et dont j'ai été affectée, la manière dont mes interlocuteurs ont investi la recherche m'ont dévoilé leurs logiques sociales et la complexité de la condition.

Les récits de vie

Les méthodes du récit de vie relèvent d'une forme de clinique sociale de proximité. En suscitant la parole des acteurs sociaux, les "récits de soi" permettent d'élaborer les tensions identitaires et d'expérimenter de nouveaux types d'échanges sociaux.

Les entretiens de recherche sont des co-constructions, où les interlocuteurs adoptent de nouveaux points de vue à travers la relation qu'ils nouent. Les souvenirs ne s'organisent pas chronologiquement, ils apparaissent aux cours et décours des conversations. Si on ne les écrit pas, ils sont comme la fumée, changeants et éphémères ; "la mémoire va et vient comme un interminable anneau de Moebius".

Par la pratique de l'interrogation socratique, le narrateur va explorer avec le chercheur son savoir sur sa situation (individuelle, familiale et sociale). S'il est pré-centré par le projet de connaissance du chercheur, l'entretien est libre, c'est un espace de parole. Il est diversement investi. Des interlocuteurs restent à la surface de leur histoire. D'autres en font une "prise d'écriture" sur le mode de la "prise

de parole". Quelques-uns expriment des affects particulièrement lourds se confrontant à leurs zones d'ombre, ordinairement occultées par la colère, la honte ou la peur. D'autres font "le point". Tous les narrateurs n'ont pas les mêmes besoins. La mise en récit d'une vie est un espace-temps de réflexivité, de retour sur soi, sur sa propre subjectivité. Il permet de reconstruire son parcours de vie, d'en revisiter des épisodes, de leur donner des sens à posteriori. Le récit participe à la gestion relationnelle de soi, tout particulièrement dans notre modèle culturel identitaire contemporain, où chacun est tenu de devenir soi-même.⁷ Il permet de s'expliquer avec soi-même et avec les autres, de réduire les tensions existentielles entre l'identité assignée et désirée, la vie "réelle" et la vie "rêvée". Notre identité est un flux traversé par des discours qui la représentent, la construisent et la font évoluer en permanence. Les narrateurs cherchent à produire une vie cohérente. "Voilà, disent-ils en substance, je suis cette personne-là, qui a ce sens de la vie." Ce faisant, ils font évoluer leur l'identité narrative.⁸ Le récit participe à la fabrication ordinaire de l'identité. Le narrateur ne raconte pas toute l'histoire, il sélectionne des fragments qu'il met en lien les uns avec les autres. Il "met en intrigue" l'histoire de sa vie même si cette intrigue "n'est jamais que l'une parmi d'autres possibles, toujours sujette à reprise et à révision."⁹

La réalisation d'un récit de vie crée les conditions du partage social de ses émotions, de son expérience, de sa révolte aussi. Faire de soi-même un personnage de récit permet d'éclairer son intériorité, de se dénouer, de se comprendre, d'explorer les brouillages de sa mémoire tout en gardant une position réflexive d'extériorité. En ce sens, le récit de soi déjoue l'incommunicabilité. Les entretiens répétés avec retour (retranscrits, restitués, ré-élaborés avec l'interlocuteur) peuvent avoir un impact émancipateur. Des narrateurs réfléchissent à leur histoire individuelle, en découvrent la dimension collective. Ils la ré-élaborent pour eux-mêmes ou pour la transmettre à un proche, à la mémoire familiale, à la société. Le récit est destiné, il participe à l'échange social. Donner leur histoire comme un matériel de recherche place les narrateurs dans des formes d'échanges avec des secteurs de la vie sociale dont ils se tiennent parfois très éloignés (décideurs publics commanditaires de l'enquête, les professionnels à qui elle est destinée, d'autres interlocuteurs qui partagent un vécu similaire)

Le travail à partir d'archives "sans qualité"¹⁰ et d'écritures de crise

En ethnographie urbaine, on est dans des sociétés d'écriture. Les gens transportent avec eux diverses archives qui sédimentent des séquences de leur vie : lettres, cartes postales, poèmes, journaux intimes, documents administratifs ... Elles sont des sources précieuses pour recomposer leurs affects, leurs vécus des institutions, leurs relations interpersonnelles et sociales. Certains narrateurs peu scolarisés demandent "un petit coup de main" pour rédiger une lettre qui leur tient à cœur ou pour répondre à des courriers officiels. La relation d'enquête produit des traces écrites. Des narrateurs, à travers le récit, se découvrent auteurs. Ils adressent au chercheur de véritables "journaux de bord" du quotidien ou des "écritures de crise" où ils élaborent des pans de leur intimité.

L'impact clinique et social de l'économie du don

Solliciter un interlocuteur sur ce qu'il a à donner, construire des connaissances avec lui, c'est lui donner du crédit et reconnaître sa dignité. Au cours de leurs trajectoires de vie, le savoir et l'expérience de nombreuses personnes avec qui j'ai travaillé ont été peu reconnus et considérés. Elles ont souvent été mises en position de recevoir : des allocations sociales, des prestations d'aide et de soins, des interventions de crise... Or, "*par les dons, c'est la hiérarchie qui s'établit. Donner c'est manifester sa supériorité, être plus, plus haut, (magister). Accepter sans rendre, ou sans rendre plus, c'est se subordonner, devenir client et serviteur, devenir petit, choir plus bas (minister).*"¹¹ Non seulement mes interlocuteurs ont dû recevoir de l'aide des professionnels, sans pouvoir leur rendre, où rendre à d'autres, ce qui leur avait été donné mais, souvent, ils ont eu le sentiment d'être mis à l'écart des interventions psycho-médico-sociales ou répressives qui concernaient leurs enfants. Solliciter les familles sur leur expérience, leur demander de l'aide, c'était renverser la situation qu'elles vivaient habituellement dans leurs relations avec les services et les institutions. C'était les engager dans ce que Marcel MAUSS appelle "*l'économie du don*". Le don oblige à terme. En donnant leur temps et leur récit, mes interlocuteurs m'obligent et obligent les partenaires de l'enquête (décideurs, professionnels, parents, lecteurs). Donner permet de recevoir, transmettre du savoir permet de recevoir un savoir nouveau. On n'apprend rien à quelqu'un

qu'on n'a pas écouté d'abord. La circulation des savoirs permet la construction de savoirs plus complexes. Dans certaines familles très isolées, refermées sur elles-mêmes, vivant dans des cités enclavées, participer à l'enquête, rentrer dans l'économie du don a modifié l'économie familiale. Les personnes décalaient leurs positions de méfiance et d'indifférence, elles faisaient de nouvelles rencontres, s'ouvraient à l'environnement, exprimaient un mieux être et une diminution de la colère et de la violence qui secouaient sporadiquement leurs relations familiales. Comme elles avaient beaucoup donné, elles supportaient mieux d'avoir besoin des autres, de recomposer des liens avec leur réseau social et la communauté.

Les interventions interdisciplinaires

Dans leur pratique de proximité, les enquêteurs sont directement aux prises avec des modes de vie et des scénarios relationnels particulièrement complexes. Plus les relations d'enquête sont inégalitaires, plus elles peuvent ouvrir les portes à toutes sortes d'abus de pouvoir : manipulation des enquêtés, objectivation, déclenchement de crises dans la famille ou le groupe étudié, non-respect de la vie privée des personnes, etc. Pour éviter les dérives, les ethnographes doivent se référer aux principes généraux de respect du secret professionnel, de bienveillance (ne pas nuire), d'anticipation (anticiper les effets inattendus) et de responsabilité. Pour anticiper, mesurer, réduire un certain nombre de risques, un groupe d'intervention multidisciplinaire est souvent nécessaire. Il permet de négocier les éthiques de travail, les regards et les cultures professionnelles.

D'autre part, interpréter la diversité des matériaux d'enquête à plusieurs disciplines est un soutien pour chacune d'elles. Cette démarche est formative, elle permet de s'approprier progressivement des perspectives et des concepts de travail d'autres sciences humaines. L'exploration douce que fait l'ethnographe des lieux de vie, des logiques et des langages des populations peut être un support à la réflexion clinique, transformer de manière subtile les pratiques des cliniciens, ré-interroger les autres disciplines. Réciproquement, la diversité des points de vue sur ses matériaux d'enquête ouvre l'anthropologue à l'observation de nouvelles dimensions dont il n'avait pas perçu l'importance au départ.

La démarche crée aussi un espace de controverses où les savoirs expérientiels des populations, les savoirs pratiques des professionnels et les rationalités scientifiques des chercheurs sont mis en dialectique.¹² Ce dialogue élargit progressivement notre compréhension de la complexité de la vie intra-psychique et sociale des publics.

Conclusions

Si l'ethnographie peut être un support précieux pour la santé mentale, la posture clinique en ethnographie est présente tout au long du déroulement des recherches : dans l'analyse constante des relations d'enquêtes, dans la pratique du récit de vie, dans les "prises d'écriture" des interlocuteurs et leur implication dans l'économie du don, dans les interventions interdisciplinaires. Cette démarche est sous-tendue par un principe fort de co-construction collective dans la production des savoirs.

¹ Les travaux de Jean De Munck montrent que le centre de gravité de la santé mentale se déplace : ce n'est plus la psychose lourde, comme du temps de l'asile, mais l'immense périphérie des troubles et des souffrances ordinaires. Les notions d'hygiène mentale, de maladie mentale et de psychopathologie font place à la promotion de la santé mentale. (voir son article, 'Folie et citoyenneté', Sciences humaines n°147, mars 2004).

Les dispositifs en santé mentale se sont transformés en profondeur, nouant de multiples interconnexions avec les services sociaux (familles, emploi, communauté, culture...), développant des approches groupales, de la réduction des risques, des recherches-actions, de la médiation interculturelle et bien d'autres formes de cliniques sociales de proximité, adaptées aux contextes de vie locaux.

² Supervisée par le LAAP (Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'Université de Louvain-La-Neuve), elle est réalisée dans le cadre du Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi et soutenue par le programme Interreg de la Commission européenne, la Communauté française de Belgique, la Région wallonne et le CPAS de Charleroi.

³ JAMOULLE P., *Drogues de rue, récits et styles de vie*, Bruxelles-Paris, De Boeck, col. Oxalis, 2000.

⁴ JAMOULLE P., *La débrouille des familles. Récits de vies traversés par les drogues et les conduites à risques*, De Boeck Université, col. Oxalis, septembre 2002.

⁵ FAVRET-SAADA J., "Etre affecté", dans "Gradhiva, Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie", n°8, 1990.

⁶ Georges Devereux fait partie des ethnographes qui ont discerné l'importance de l'analyse des phénomènes de transfert et de contre transfert dans l'interprétariat anthropologique. Contrairement au relativisme culturel "qui a tendance à réduire l'angoisse en considérant les données culturelles dans un vide humain", il propose à l'ethnologue immergé sur son terrain, "comme voie royale vers l'objectivité", d'analyser au plus près les affects engagés. Il montre que les données les plus significatives des enquêtes sont les perturbations que la présence d'un chercheur provoque chez ses interlocuteurs et surtout les "perturbations" interne que le travail de terrain provoque "au dedans" du chercheur. Donner sens à ces perturbations est un outil d'interprétation interculturel majeur.

DEVEREUX Georges, De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement, Aubier, 1980 (1967)

⁷ "La gestion relationnelle de soi consiste d'abord à mettre en œuvre une capacité de se parler à soi-même, de se forger un récit plausible dans lequel chacun plaide sa cause devant lui-même, s'explique ce qui lui est arrivé, ce qu'il a fait ce que les autres lui ont fait. (...) Il s'explique avec lui-même et avec les autres pour réduire la tension identitaire dont il souffre. (...) Le be yourself est en train de devenir une injonction culturelle et sociale. De là provient le grand souci de soi qui caractérise nos contemporains : jamais ils ne se sont autant préoccupés de leur identité, tant sur le plan personnel que social"

BAJOIT Guy, *Le changement social. Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines*, Paris, Armand Colin, 2003. (p. 111 et 75)

Voir aussi à ce sujet, les ouvrage de Alain Ehrenberg (*Le culte de la performance*, 1991 et *La fatigue d'être soi*, 1999).

⁸ "L'identité narrative n'est pas une identité stable sans faille : de même qu'il est possible de composer plusieurs intrigues au sujet des mêmes incidents ... de même il est toujours possible de tramer sur sa propre vie des intrigues différentes voire opposées... en ce sens l'identité narrative ne cesse de se faire et de se défaire..." RICOEUR P., *Temps et récit. 3. Le temps raconté*, Paris, Edition du Seuil, 1985. p. 358.

⁹ LEGRAND Michel, *L'approche biographique*, Paris, Hommes et Perspectives/Epi, 1993. (p. 229)

¹⁰ Voir à ce sujet l'introduction intitulée "L'archive sans qualité" du très bel ouvrage de Philippe Artières et Jean-François Laé : *Lettres perdues. Ecriture, amour et solitudes XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*, Hachette littérature, 2003.

¹¹ MAUSS M., *Essai sur le don*, in *Sociologie et anthropologie*, Quadrige/PUF, 1950

¹² Voir à ce sujet l'exposé de Jacques Rhéaume, lors de la session d'ouverture du réseau de sociologie clinique à l'AFS, le 25 février 2004. "Le savoir académique, plus ou moins discipliné ou scientifique, le savoir pratiqué ou professé des professionnels, le savoir d'expérience de tous et toutes sont trois formes de savoir constamment impliquées dans la recherche en sciences humaines ou sociales." Pour lui, l'approche clinique en sociologie met en question le postulat de la hiérarchie de ces savoirs. Sa "façon de faire" collectivement du savoir, dans une dialectique propice à la réflexivité, est créatrice de sens et émancipatrice.

Biographie des ouvrages et documents cités

♦ Philippe ARTIERES et Jean-François LAE, *Lettres perdues. Ecriture, amour et solitudes XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*, Paris, Hachette littérature, 2003.

♦ Guy BAJAIT, *Le changement social. Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines*, Paris, Armand Colin, 2003.

♦ Jean DE MUNCK, 'Folie et citoyenneté', *Sciences humaines* n°147, mars 2004.

♦ Georges DEVEREUX, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, paris, Aubier, 1980 (1967)

♦ Alain EHREBERG, *Le culte de la performance*, Paris, Calman Levy, 1991.4

♦ Alain EHREBERG, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1999

♦ Jeanne FAVRET-SAADA J., "Etre affecté", dans "Gradhiva, Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie", n°8, 1990.

♦ Pascale JAMOULLE, *Drogues de rue, récits et styles de vie*, Bruxelles-Paris, De Boeck, col. Oxalis, 2000.

♦ Pascale JAMOULLE P., *La débrouille des familles. Récits de vies traversés par les drogues et les conduites à risques*, Bruxelles-Paris De Boeck Université, col. Oxalis, 2002.

♦ Michel LEGRAND, *L'approche biographique*, Paris, Hommes et Perspectives/Epi, 1993

♦ Marcel MAUSS, 'Essai sur le don', in *Sociologie et anthropologie*, Paris, Quadrige/PUF, 1950

♦ Jacques RHEAUME, Exposé d'ouverture de la session d'ouverture du réseau de sociologie clinique à l'AFS/ Tour, le 25 février 2004.

♦ Paul RICOEUR, *Temps et récit. 3. Le temps raconté*, Paris, Edition du Seuil, 1985

Tissage communautaire, entre Trame sociale et chaîne humaine.

Nadine BOIGELOT,
Anne-Cécile DE SMEDT,
psychologues

A l'heure où nous fermons les portes de La Trame, la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale nous invite à partager, dans ce Mental'idées consacré à la Santé Communautaire, l'expérience peu banale que nous venons de vivre pendant dix ans, dans le quartier du Vieux Molenbeek, avec des familles du Quart Monde.

Quand, en 1994, nous formulions le vague projet de faire quelque chose au niveau de la petite enfance pour lutter contre l'exclusion sociale, l'idée que nous posions là les premières bases d'une démarche communautaire ne nous effleurait pas l'esprit. En 2001, nous avons constitué l'asbl La Trame et raconté, pour la première fois, notre expérience par écrit. Ce sont des professionnels qui ont fait alors le lien entre notre expérience et une action de santé communautaire.

La Trame asbl est née d'une "démarche à l'envers". Nous sommes partis de "rien". Plutôt que de solliciter d'emblée les instances politiques et de concevoir à priori un projet "Petite enfance" trop cadré, nous avons choisi de développer celui-ci avec les intervenants de terrain et les parents de ces jeunes enfants. Il nous aura fallu sept ans de rencontres quotidiennes avec des familles pour parvenir, à partir de cette démarche empirique, à formuler clairement des objectifs, une méthodologie, des outils qui répondent aux besoins, désirs et projets des familles. Sept années de cheminement commun avant de constituer une asbl. La constitution d'une association sans but lucratif avait pour objectif d'obtenir une reconnaissance et un soutien officiels de cette initiative considérée par plusieurs comme une expérience pilote, dans l'espoir de mettre fin à sa situation précaire en lui accordant stabilité, sécurité et possibilité de peaufiner encore la qualité des actions menées. Notre appel a été massivement entendu : la Trame asbl a été soutenue, dès 2002, en tant que projet pilote de l'Aide à la Jeunesse, qu'initiative en matière de santé et d'aide aux familles ; elle a été soutenue en tant que "Maison Ouverte" ainsi que par le Centre pour l'Egalité des Chances et la lutte contre le Racisme. En 2003, elle a obtenu un soutien en tant qu'association où les pauvres prennent la parole. Grâce à ces financements émanant des pouvoirs publics, mais surtout grâce au soutien de la CERA Foundation, qui a couvert à elle seule la moitié des frais de l'association en 2002 et 2003, l'ASBL La Trame a pu engager Nadine Boigelot à temps plein en avril 2002. L'engagement d'une seconde psychologue à temps plein, Anne-Cécile De Smedt, en juin 2002 a été un véritable soulagement : les actions de terrain, l'accompagnement quotidien des familles ne reposaient plus sur la responsabilité d'une seule personne. Ni, d'ailleurs, sur un transfert parfois trop investi affectivement ! Une équipe était dorénavant présente à temps plein aux côtés des familles.

En novembre 2002, l'association avait enfin ses propres locaux.

Des projets laissés jusque là en suspens ont pu se développer avec les familles.

Fin 2004, malgré une nette reconnaissance du bien fondé de cette action par les instances politiques, La Trame asbl ferme ses portes. En cette période où la transversalité, l'approche globale et le décloisonnement des services sont recherchés par tous, le parallélisme entre les difficultés structurelles rencontrées par La Trame et les difficultés multiples auxquelles sont confrontées les familles que nous accompagnons au quotidien est interpellant : La Trame, comme les familles, se situe aux confins de multiples secteurs, c'est-à-dire à la fois dans tous et donc, nulle part. La Trame est donc, en 2004, une association qui n'entre dans aucune case bien précise. Elle accumule une multitude de petites subventions annuelles qui ne couvre que la moitié des dépenses effectives. L'équipe, plongée dans la dérive de la "gestionnite aiguë", n'est plus en mesure aujourd'hui d'accompagner de manière adéquate et respectueuse les

familles dans la réalisation des projets qu'elles formulent. Nous avons interpellé le monde politique pour lui exposer ces difficultés. Aucune piste de solution à court terme n'a pu se dessiner. Voilà pourquoi, La Trame asbl, ferme ses portes.

■ D'un vague projet "Petite enfance" à la rencontre des intervenants de première ligne.

Des familles belges très isolées en situation de pauvreté multiple...

1993-1994. Nadine Boigelot, jeune psychologue au chômage, veut faire quelque chose avec des jeunes enfants défavorisés. Elle consulte le guide social à la rubrique pauvreté et adresse un courrier aux associations reprises sous cette rubrique. Quelques mois plus tard, elle rencontre l'équipe de la Maison Médicale du Vieux Molenbeek (ATD Quart Monde). Des médecins manifestent un intérêt certain par rapport au développement d'un tel projet sur Molenbeek-Saint-Jean. Un local peut être mis à disposition d'actions petite enfance quelques heures par semaine. Nadine Boigelot part alors à la découverte de ce quartier inconnu pour elle, des associations qui s'y trouvent. Elle demande aux intervenants de première ligne s'ils estiment opportun de développer une action petite enfance dans ce quartier. Leur réaction est unanime : "Oui, tout à fait, cela répond à un besoin ici". Ils insistent : "Il existe beaucoup d'actions qui veulent lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, mais au bout du compte, les plus exclus n'y vont pas. Dans ce quartier à forte proportion de familles d'origine immigrée, il y a aussi des familles d'origine belge très isolées, en proie à la pauvreté multiple et transgénérationnelle ayant de tout jeunes enfants. Ces dernières ne participent pas à la vie sociale, culturelle et associative du quartier. On ne les rencontre que dans les salles d'attente des consultations ONE, au restaurant social ou encore, dans la salle d'attente et/ou les activités collectives organisées par la Maison Médicale".

Ces intervenants accueillent Nadine Boigelot tout au long de l'année 1994, sur leurs lieux de travail et la mettent en contact avec les familles très isolées qu'ils côtoient. Ce sont eux qui, à partir de leur expérience de terrain, définissent ainsi le public cible pour ce projet petite enfance. Ceci révèle l'importance capitale d'un travail en étroite collaboration avec les intervenants de première ligne pour donner à un projet de santé communautaire les meilleures chances de réussite. Cette collaboration avec le réseau professionnel ne cessera d'exister tout au long de ces 10 années.

Qu'entendons-nous par pauvreté ?

- ♦ une pauvreté, vulnérabilité, non-accès aux droits ; une exclusion dans divers domaines matériels, sociaux, psycho-pédagogiques, culturels,... qui y sont liés ;
- ♦ une impuissance d'en sortir par ses propres moyens pour ceux qui vivent la pauvreté et l'exclusion sociale et une égale impuissance des services d'aide de comprendre la vie dans la pauvreté ;
- ♦ une répétition des difficultés d'une génération à l'autre malgré l'effort des parents pour enrayer ce processus ;
- ♦ des troubles importants de la santé mentale : faible estime de soi et confiance en soi, sentiment de honte, isolement, ...
- ♦ souvent, un refus de la part des familles de collaborer avec des professionnels qui, par maladresse ou par peur, ne respectent pas les projets de la famille et "proposent" une aide sous forme de dépendance, voire de contrôle ;
- ♦ une rupture et une dévalorisation par la société.

Notons que bon nombre de parents refusent d'être considérés comme pauvres. Beaucoup disent : "Les vrais pauvres, ce sont ceux qui n'ont rien, comme les enfants qui vivent dans les rues." Ces réflexions nous amènent à préciser que nous parlons ici des pauvres de nos pays industrialisés, d'une minorité de personnes et familles vivant dans un monde pensé et régi par et pour des "non pauvres". Une mère définit la pauvreté en ces termes : "Pour moi, la pauvreté, c'est de n'avoir aucune ressource; de ne pas être entendus quand on demande quelque chose. Il faut toujours aller demander à droite et à gauche pour avoir quelque chose. On passe pour des mendiants. Ça veut dire faire la manche."

Sentiments de honte, d'infériorité, faible estime de soi, isolement social,...

La vie dans la pauvreté a des répercussions parfois très graves sur le développement, la santé et le bien-être des jeunes et sur la qualité de la relation « parents - enfants ». Les familles avec lesquelles nous travaillons interpellent les professionnels qui, malgré un investissement considérable, sont trop souvent confrontés à des sentiments d'échec. Il s'agit de familles communément appelées « lourdes », « à risque », « carencées », « à problèmes », « non collaborantes »... de familles du « Quart Monde ». Plus de la moitié des parents ont connu le placement. Ils n'ont aucune qualification. Ils ont été orientés vers l'enseignement spécialisé. Tous sont en marge du marché de l'emploi et perçoivent des revenus de remplacement. Les enfants présentent des signes de décrochages scolaires dès la maternelle et sont eux aussi, trop souvent orientés vers l'enseignement spécialisé. De ces facteurs d'exclusion découlent une atteinte profonde de l'estime de soi, de la confiance en soi ; stress, sentiment de honte,.... Et aussi, des difficultés relationnelles avec leurs enfants qui entravent le plein épanouissement de ceux-ci.

Des travailleurs sociaux en proie à de multiples difficultés...

Nous découvrons que ces travailleurs sociaux, en contact avec des familles en situation de pauvreté sont eux aussi, confrontés à de multiples difficultés :

1. Exigences institutionnelles, politiques et réalité du terrain :

Les travailleurs sociaux exercent leurs activités dans le cadre de structures institutionnelles qui définissent leurs missions. Ces structures dépendent elles-mêmes des contingences politiques et économiques. La mode est d'envisager des services proposant une aide en fonction d'une offre ou d'un projet précis dont les objectifs doivent être clairement définis et atteints dans un délai donné. Il y a peu de place pour le soutien à long terme. La rentabilité est, nous semble-t-il, le mot d'ordre sous-jacent à toute tentative d'action : rentabilité du temps, des ressources humaines, des résultats escomptés. Les travailleurs sociaux se sentent coincés par l'inadéquation entre leurs missions et les moyens dont ils disposent pour assumer pleinement ces missions. Le temps et la formation leur manquent. Le nombre de personnes ou familles à suivre (de dossiers) empêche tout travail en profondeur.

2. Des services d'aide cloisonnés "Je suis une assistante sociale démunie" :

Les intervenants se sentent parfois fort seuls et démunis face à une personne ou une famille en grandes difficultés. Pourtant, ces familles sont "suivies" par le tribunal de la jeunesse et, bien souvent, "surinvesties" par une multitude de professionnels. La plupart de ces professionnels sont de bonne volonté. Mais cela ne marche pas. Pourquoi ?

Cette multitude d'intervenants requiert une grande concertation, ce qui n'est pas d'application dans la majorité des cas. Les services sont cloisonnés et se spécialisent de plus en plus, empêchant, dès lors, pour bon nombre d'entre eux, de considérer une situation dans sa globalité.

3. Les familles et les travailleurs sociaux. Parcours de vies, habitudes :

Les personnes et familles très pauvres ne laissent pas indifférents. Leurs conditions de vie, la multitude de problèmes auxquels elles sont confrontées, leurs souffrances multiples, leurs comportements... bousculent les schémas de pensées, les croyances, les habitudes, les limites. Les situations stagnent, les demandes d'aide matérielles sont récurrentes. Rien n'avance. C'est le chaos. Les travailleurs sociaux sont plongés dans le monde de l'inacceptable, de l'intolérable. Impuissance, désarroi, angoisse, irritation, découragement sont des sentiments qui animent bon nombre d'entre eux.

UN PROJET CONÇU AVEC LES PARENTS

Durant toute l'année 1994, Nadine Boigelot rencontre onze familles dans les salles d'attente des consultations ONE, dans le cadre des activités organisées par la Maison Médicale, au restaurant social, à domicile. Elle leur demande si une action avec leurs tout petits les intéressent et, si oui, quel genre d'action. Ces premiers contacts prennent du temps : le temps de faire connaissance, de nous apprivoiser mutuellement. Un an.

Elle découvre que les parents vivent dans l'angoisse permanente d'un placement d'enfant. Beaucoup se

sentent jugés et contrôlés. Les parents disent avoir besoin, avant tout, d'être entendus, compris, rassurés, encouragés. Ils se sentent fort seuls. Tous souhaitent rencontrer d'autres familles mais à condition qu'ils ne se sentent pas jugés et qu'ils participent activement aux activités. Les parents disent vouloir apprendre les uns des autres et partager leurs expériences avec d'autres : *"Un endroit où on peut parler avec des mots simples, avec des gens qui comprennent"*. Ils se préoccupent de la santé de leurs enfants : *"On pourrait parler des maladies des enfants. Comment voir si c'est grave ou pas, quand aller aux urgences."* En matière d'éducation, les parents souhaitent *"discuter des problèmes qu'on a avec les enfants et de ce qu'on pourrait faire pour leur développement."* Une maman dit : *"Il a deux ans et il devient méchant. Il frappe. Il me monte sur la tête. J'ai peur qu'il devienne un voyou. Je voudrais savoir comment font les autres parents pour mettre des limites à leurs enfants."* Ces parents souhaitent se rencontrer dans une ambiance chaleureuse et détendue : *"C'est pas parce qu'on a plein de soucis qu'on n'aime pas rigoler avec les gens."* Ils rêvent d'un lieu où *"mon enfant pourrait rencontrer d'autres enfants parce qu'il est toujours collé à moi. A l'école, ce sera difficile pour lui."* ; d'un lieu où *"mon enfant pourrait faire des activités et apprendre à bien parler. C'est important pour l'école plus tard."*

Parallèlement à cette enquête, Nadine Boigelot découvre le livre *"Grandir ensemble. Parents et tout petits"* (1995), réalisé par un groupe de parents du Quart Monde de Reims, le Club des Bébés, et le Docteur Isabelle Deligne. Ce livre la convainc de la nécessité absolue de travailler AVEC les parents et non pour eux. Le projet d'ouvrir un club des bébés à Molenbeek prend forme.

Avec les parents, elle réfléchit alors à la question suivante : comment faire venir d'autres familles isolées et très démunies au Club des bébés ? Les parents ont leur idée sur la question :

"J'en parlerai aux familles que je connais dans mon quartier. Je leur dirai de venir avec moi."

"On pourrait faire un journal et prendre des photos. Comme ça les gens verront ce que c'est et ils auront peut être envie de venir. Les photos, c'est mieux que des phrases, parce qu'il y a des gens qui ne savent pas bien lire."

"On pourrait donner ce journal aux médecins, dans les consultations de l'ONE..."

Nous ouvrons les portes du Club des Bébés de Molenbeek le 5 mai 1995. Les parents participent activement à l'organisation et à la gestion de ce lieu de rencontre parents/tout petits, en assurant le "parrainage" et l'accueil de nouvelles familles, en distribuant le "journal du Club des Bébés" qu'ils réalisent chaque mois, aux familles et associations du quartier auxquelles ils s'adressent en proposant une activité chouette et conviviale dont ils sont les acteurs premiers.

Depuis 1997, nous clôturons chaque année en juillet par une grande journée à la mer (+/- 60 personnes), journée dont l'organisation pratique est, elle aussi, gérée par les familles : réservation du train, organisation du pique-nique collectif, port des poussettes, du matériel par les papas,...

Du Club des Bébés aux actions communautaires...

Depuis 1995, les parents qui fréquentent le Club des Bébés partagent donc leurs vécu et expériences aux autres familles et aux professionnels du quartier à travers le **"Journal du Club des Bébés"**. Les objectifs que nous poursuivons à travers la conception, la rédaction et la diffusion par les parents, de ce journal sont :

- ♦ Valoriser les compétences, connaissances et savoir-faire des parents en pointant aussi ce qui va bien et ce, en vue d'amener un changement de regard, des parents sur eux-mêmes (estime de soi, confiance en soi, fierté...); des parents sur leur enfant ; des professionnels sur ces familles.
- ♦ Donner des nouvelles régulières du Club des Bébés aux associations et familles en vue d'ouvrir le Club des Bébés à de nouvelles familles (remplace les traditionnels affiches et dépliants de présentation).

Depuis 1998, nous sommes régulièrement invités, avec des parents, à partager notre expérience dans des débats, formations, journées d'études... Voici quelques exemples :

1998-2000 : Participation active au réseau "Placement-Familles" organisé par ATD Quart Monde et à la journée d'étude : "Familles et placements d'enfants : de la contrainte au dialogue" (Janvier 2000, facultés universitaires Saint Louis, Bruxelles)

2001-2004 : Intervention de parents dans le cadre du cours "Santé maternelle et infantile" du Professeur Michel Mercier, à l'Université catholique de Louvain (RESO).

2003 : Intervention de parents dans le cadre de la journée d'études "La prévention précoce", organisée à Bruxelles par le Comité de contact des organismes d'aide à la jeunesse...

Inversement, **les parents invitent des professionnels** à partager leurs expériences par rapport à des problématiques récurrentes qui leur tiennent particulièrement à cœur.

Tout au long de l'année 2002, ils se centrent sur la fonction et le travail des **avocats des enfants dans le contexte du placement**. Ils vont, pour ce faire, à la rencontre d'institutions de placement, de parents d'enfants placés, d'enfants qui ont été placés. Sur base de ces diverses rencontres, ils partagent leurs expériences avec une vingtaine d'avocats de la Colonne jeunesse du Barreau de Bruxelles en novembre 2002.

En 2003, **l'école** est mise à l'honneur, et tout particulièrement la difficulté, pour les jeunes enfants de familles défavorisées de s'insérer dans le contexte scolaire, et ce, dès la maternelle, avec, pour corollaire, une tendance trop systématique à orienter ces enfants, comme ce fut le cas pour leurs parents, vers l'enseignement spécialisé, dès les premières années du cycle primaire.

Deux recherches actions d'envergure....

♦ **Précarité et éducation des enfants** : En janvier 1999, le département de psychologie clinique de la KUL (dir. J. Corveleyn) nous sollicite pour participer à une recherche action participative sur "Les forces et ressources des parents en situation de pauvreté en matière d'éducation". Cette recherche, à laquelle participent aussi des parents et accueillants du "Centrum Kauwenberg" (Antwerpen) et du "Noodkreet van de Ronde Tafel" (Leuven), aboutit sur la publication d'un livre: "Précarité et éducation des enfants: la parole aux parents", 2001, Ed. Garant.

♦ **Les indicateurs de pauvreté en Belgique** : En 2002 et 2003, nous nous engageons, toujours avec des parents, dans une recherche action formative sur les Indicateurs de pauvreté en Belgique. Cette recherche, menée dans l'esprit du "Croisement des Savoirs" (1999) est coordonnée par le Service de lutte contre la Pauvreté du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. Six associations de lutte contre la pauvreté, des représentants d'institutions, des partenaires sociaux et des scientifiques, y travaillent. Cette seconde recherche aboutit à la publication d'un livre : "Une autre approche des indicateurs de pauvreté.", 2004, Ed. E. Deproost, rue Royale 138, 1000 Bruxelles.

Des actions communautaires au groupe de parole...

A la suite de la recherche "Précarité et éducation des enfants : la parole aux parents", les parents veulent constituer le "Groupe de Parole". Dans le cadre sécurisant et de confiance qu'offre ce groupe de pairs, les parents peuvent être entendus dans l'expression de leurs souffrances, et acquérir plus de confiance en soi pour assumer au mieux leurs responsabilités parentales et sociales. Ils y partagent leur vécu relationnel avec leurs enfants, leurs craintes, leurs difficultés. Leurs réussites, aussi. Ils inscrivent cela dans le contexte spatio-temporel plus large de la pauvreté, de l'exclusion sociale, vécues depuis leur plus jeune âge. Au sein de ce groupe, chacun, de par un vécu similaire, apporte une écoute de grande qualité et exprime comment il parvient, malgré tout, à construire sa vie d'adulte, de parent.

L'Accompagnement individuel et familial

Ne relevant pas directement du champ de l'action en santé communautaire, nous ne nous attarderons pas sur ce volet, pourtant, lui aussi très développé au sein de La Trame. De part notre contact régulier et assidu dans le temps avec les familles, l'équipe est devenue un témoin privilégié de leur vécu, de leurs projets et des multiples obstacles auxquels elles sont confrontées pour mener à bien ces projets. Nous consacrons une large partie de notre temps à l'écoute des familles en grandes difficultés ; nous entrons

en contact avec les, souvent très nombreux, intervenants en lien avec elles, dans le souci de coordonner nos actions, de manière globale et concertée ; ceci afin de donner aux familles les meilleures chances de réussir leurs projets.

■ Philosophie, méthodologie...

L'équipe développe une approche préventive et positive, centrée sur la petite enfance au sein de la famille élargie. Elle recherche constamment l'affirmation de l'estime de soi, de la confiance en soi en valorisant les forces, ressources, compétences, potentialités des enfants, de leurs parents, de leur milieu. Nous prenons en considération l'interaction entre les multiples difficultés et souffrances auxquelles sont confrontés ces enfants et leurs familles : relationnelles au sein même de la famille, avec l'entourage, avec les (souvent très nombreux) intervenants, avec l'école, mais aussi, éducatives, matérielles, liées au logement, aux difficultés de se soigner, d'offrir des loisirs aux enfants,.....

Isolement et repli sur soi compromettent gravement le bien-être et la qualité de la relation "parents-enfants". L'association se base prioritairement sur la rencontre, le partage d'expériences et de savoir-faire ; sur la solidarité et l'entraide entre les familles. Quand nous apprenons l'existence, dans le quartier, d'une famille très isolée et démunie, nous cherchons à entrer en contact avec elle, en nous déplaçant régulièrement jusque chez elle. Précisons que ce sont, dans la majorité des cas, des parents eux-mêmes qui nous apprennent l'existence de ces familles et nous invitent à entrer en contact avec elles, font le lien entre ces familles et nous-mêmes afin de faciliter l'approvisionnement réciproque, vont chercher ces familles et les accompagnent jusqu'aux activités collectives de l'association.

L'ensemble des actions développées au sein de l'association est sous-tendu par les mêmes philosophie et méthodologie :

- 1- Analyse des besoins et difficultés PAR les parents et l'équipe.
- 2- Conception, gestion et évaluation des actions PAR les parents et l'équipe.
- 3- Mise en commun des connaissances, forces, compétences et savoir faire des parents et des professionnels (échange de savoirs expérimentiels, pratiques et théoriques), dans un esprit de complémentarité en vue de la réalisation effective et concrète des projets des familles.

Evaluer des actions avec les parents n'est pas chose aisée. Au sein de La Trame, nous nous réunissons une fois par an avec les parents pour évaluer l'ensemble des actions. Nous nous réunissons également avec eux plusieurs fois par an pour évaluer des actions plus spécifiques. Ces temps d'arrêt ont des effets très positifs sur l'équipe et sur les familles car ils relancent la dynamique de la réflexion ; ils ouvrent des portes sur de nouvelles possibilités. Ils cassent la tendance à se figer dans l'habitude. Au cours de ces moments, l'équipe est particulièrement attentive à relever et valoriser, sur base de ce qu'amène le groupe, ce qui a bien fonctionné, les moments forts et positifs, dans les actions, dans la dynamique de groupe ; à relever et valoriser les apports positifs de chacun des participants.

Nous observons de manière récurrente que :

- les parents abordent souvent, dans un premier temps, les aspects plus difficiles sur le ton de la plainte, de la nostalgie par rapport au passé, sans être très constructifs ;
- certains parents ont beaucoup d'idées, de souhaits, souvent trop grands par rapport aux moyens dont ils disposent ;
- d'autres, plus introvertis, de peur de « dire des bêtises ou des choses blessantes », de peur d'être mis à la marge par le groupe, ont tendance à dire que tout va bien ou à se rallier à l'avis général.

En tant qu'animateurs du groupe, nous partageons nos observations, souvent visibles au niveau non verbal (ex : "Je vois que tu fais "oui oui", mais j'ai l'impression qu'au fond de toi, tu es mal à l'aise"). Lorsque les participants parlent de leurs souhaits, nous les aidons à envisager les moyens concrets nécessaires à leur réalisation. Ces grands souhaits, souvent idéalistes à priori, se transforment alors progressivement en projets plus modestes mais plus réalistes et donc réalisables.

■ Un cheminement dans la complémentarité

Les parents qui se sont investis activement dans cette action communautaire, ont découvert qu'ils avaient en eux, des ressources jusque là ignorées pour être acteurs de leurs projets. Ils nous apprirent toute l'importance de mener des actions **AVEC** eux, à partir de leur expérience de vie au quotidien, et non pour, voire contre eux. Les personnes aux prises avec la pauvreté et l'exclusion sociale doivent donc être des partenaires à part entière. Nous référer constamment à leur expérience vécue et à l'analyse qu'ils en font est une condition indispensable de réussite. Les personnes en situation de pauvreté sont, en ce sens, tout aussi importantes que les professionnels engagés dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Mais, il ne faut pas pour autant plonger dans le piège de "l'idéalisme égalitaire", dans l'extrême inverse, en sous-estimant les outils et les connaissances (théoriques et pratiques) que les professionnels mettent à leur service. L'expertise des familles et les connaissances des professionnels sont complémentaires et non interchangeables.

■ Le croisement des savoirs...

Implication active des personnes pauvres dans la politique de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté.

Nous avons expliqué, ci-dessus, comment, à partir d'un vague projet centré sur la petite enfance, nous sommes allés à la rencontre d'intervenants de première ligne pour vérifier l'opportunité du développement d'un tel projet dans le quartier du Vieux Molenbeek. Ce sont ces intervenants qui ont, à partir de leur expérience, défini le public cible et qui nous ont mis en lien avec des familles en situation de pauvreté multiple et transgénérationnelle, particulièrement isolées, belges d'origine. Dans un second temps, nous avons relaté ce que ces intervenants et familles nous ont appris par rapport aux difficultés vécues par les uns et les autres. Enfin, nous avons tenté de raconter comment, durant ces dix années nous avons cheminé aux côtés des parents, à leur rythme, pour les soutenir au mieux dans **LEURS** projets d'offrir à leurs jeunes enfants des conditions propices à leur plein épanouissement. Petit à petit, nous avons vu des parents relever la tête, reprendre force et confiance en eux, dépasser la paralysie de la honte et de la culpabilité, découvrir et ancrer en eux estime de soi, sérénité et dignité. Nous avons vu des familles sortir de l'isolement, tisser des liens, oser la rencontre de l'autre dans ce qu'il a de semblable et de différent, oser l'échange, avec d'autres familles, avec des professionnels, avec le milieu associatif. Si nous voulons lutter effectivement contre l'exclusion sociale et la pauvreté pour donner aux enfants une réelle égalité des chances, l'accompagnement quotidien des familles et le développement d'actions collectives où celles-ci peuvent tisser des liens sociaux dans leur quartier et sortir de l'isolement, constituent des priorités absolues. Cependant, cela ne suffit pas. Il importe aussi d'évaluer constamment les dispositifs et priorités politiques mis en œuvre pour tendre vers cet objectif.

Novembre 2004

Quelques repères bibliographiques

- ♦ BOIGELOT, N., "Santé mentale, éducation et exclusion sociale", juin 2000. Actes de la journée d'études "Santé mentale et exclusion sociale" organisée le 6 juin 2000 par la Fondation Nationale Reine Fabiola pour la Santé Mentale.
- ♦ BRUNIN, J., 1975, "L'enfer des gosses". Bruxelles. Ed Jacques Antoine.
- ♦ CYRULNIK, B., 2000, "Sous le signe du lien.", Ed. Hachette Littératures.
- ♦ CYRULNIK, B., 1993, "Les nourritures affectives", Ed. Odile Jacob.
- ♦ CYRULNIK, B., 1999 "Un merveilleux malheur". Ed Odile Jacob.
- ♦ de GAULEJAC, V., 1996, "Les sources de la honte", Paris, Ed Desclée de Brouwer

- ♦ DELIGNE, I., et le CLUB DES BEBES, 1995, "Grandir ensemble. Parents et tout-petits", Paris, Ed Quart Monde.
- ♦ FONDATION ROI BAUDOIN, 1994, "Rapport Général sur la Pauvreté", Rapport réalisé à la demande du Ministre de l'Intégration Sociale en collaboration avec ATD Quart Monde Belgique et l'Union des Villes et des Communes belges, section CPAS.
- ♦ Groupe de Recherche Quart Monde - Université, 1999, "Le croisement des savoirs" Paris, Ed. de l'Atelier et Ed. Quart Monde.
- ♦ LECOMTE, J. 1999. "La résilience - Résister aux traumatismes." Sciences Humaines n°99 - Nov. 1999.
- ♦ MARNEFFE, C. 2004. "Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants", Temps d'arrêt Lectures. Ed Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance du Ministère de la Communauté Française.
- ♦ MERCIER, M. ; MEERSSEMAN, C ; PASLEAU, J-P ; 1992, "Vies de Familles : Représentations des relations familiales en milieu défavorisé.", Bruxelles, Evo Société.
- ♦ PIQUARD, A. ; CAPIOMONT, G. ; OBERLIN, O. ; 1987, "Psychiatrie sociale et problème d'assistance. A la rencontre de l'enfant de milieu très défavorisé ou ambiguïté du regard psychiatrique sur "ces gens-là " ". "Psychiatrie de l'Enfant",1, pp. 167-207
- ♦ SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE, LA PRECARITE ET L'EXCLUSION SOCIALE. Mars 2004, "Une autre approche des indicateurs de pauvreté". Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme.
- ♦ TITRAN, M. ; POTEKOV, Th. ; 1996, "Vies de familles. Un autre regard sur l'exclusion", Ed Gallimard.
- ♦ VANHEE, L.; LAPORTE K., CORVELEYN J.; 2001, "Précarité et éducation. La Parole aux parents.", Ed Garant.
- ♦ WRESINSKI, J., 1987, "Grande pauvreté et précarité économique et sociale", Rapport présenté au nom du Conseil économique et social français, Annexe Journal Officiel du 28 février 1987.

Des films et documentaires à voir... Coups de cœur.

- ♦ "Ça commence aujourd'hui." Film. Bertrand Tavernier (1998)
- ♦ "Les enfants du Borinage - Lettre à Henri Storck" Documentaire. Patric Jean (1999)
- ♦ "Etre et avoir." Documentaire. Nicolas Philibert (2002)
- ♦ "La raison du plus fort." Documentaire. Patric Jean (2003)
- ♦ "Journal de classe." Série de documentaires de Jacques Duez, professeur de Morale.

Réflexions

Notre éthique du travail social ne serait-elle pas exsangue ? Son actuelle et sordide territorialisation gestionnaire et ses effets sociaux nous autorisent d'emblée à affirmer que tel est bien le cas, que notre éthique est bel et bien exsangue. En effet, cette éthique ne se réduit-elle pas, fondamentalement, à cette portion congrue: la gestion de la misère sociale ? N'est-elle pas ainsi réaliste, inféodée aux uniques possibles que sont les diktats étatiques, économiques, politiques et/ou institutionnels lui désignent ? La situation sociale dramatique et singulière que véhicule la parole des exclus ne doit-elle pas, par nos soins (de travailleurs sociaux), être gérée et entendue conformément à l'état actuel de ces possibles ? Ne sommes-nous pas contraints de considérer comme nulle et irréaliste toute parole sollicitant l'impossible ? De plus, une action sociale, courageuse, susceptible de poser l'impossible comme possible ne risque-t-elle pas, par exemple, de nuire à nos relations avec les pouvoirs subsidants ? N'assistons-nous pas à une éthique qui prend ses distances par rapport à toute pensée, à toute appréciation objective à l'égard du discours qui produit, conditionne foncièrement et l'existence de ces possibles (nécessairement finis) et la forclusion des ces impossibles (nécessairement infinis) ? Corrélativement, les travailleurs sociaux ne collaboreraient-ils pas - en limitant leurs interventions à l'unique pensée ou coltinage de la misère du monde -, à la consistance du discours (économico-politique) qui conditionne l'existence même du phénomène de l'exclusion ?

cfr. page de garde de la revue HIATUS . Travail social et malaise dans la cité. Du racisme à la gestion et pénalisation de la "misère sociale".

PSYCENDOC : Ressources "Santé communautaire"

- **Article** : Cahier : *Susciter la santé communautaire*, Santé Conjuguée, n° 4, 1998
- **Article** : Dossier : *Santé Communautaire et inégalités sociales*, Education Santé, n° 168, avril 2002, p. 6.
- **Article** : *Autant le savoir : synthèse des activités de prévention et santé communautaire des maisons médicales*, Bruxelles-Santé, n° 3, septembre 1996, p. 5 à 8.
- **Article** : *Le diagnostic communautaire, outil pour une expérience de promotion de la Santé Mentale. Recherche-action menée sur deux quartiers bruxellois*, Charles Burquel, Yves Lambrechts, Nathalie Thomas, Cahiers de la Santé de la Cocof, n° 7.
- **Article** : *La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions*, M. Bantuelle, P.A. De Henau, T. Lahaye, Santé Conjuguée, n° 4, avril 1998, p. 30. Cahier : susciter la santé communautaire.
- **Article** : *Promouvoir un processus de santé communautaire à l'échelon d'une ville : une utopie ?* Marcel Schoenen, Santé Conjuguée, n° 4, avril 1998, p. 49. Cahier : susciter la santé communautaire.
- **Article** : *Promotion de la santé mentale communautaire*, Nathalie Thomas, Santé Conjuguée, n° 4, avril 1998, p. 63.
- **Article** : *La santé communautaire en maison médicale*, Santé Conjuguée, n° 4, p. 57.
- **Article** : *La prévention en santé mentale communautaire*, Jean-Louis Campagna.
- **Article** : Editorial : *le système de soutien communautaire hypothèse pour une réforme des services en santé mentale*, Yves Lecompte.
- **Article** : *Point de vue sur la prévention en santé mentale dans les départements de santé communautaire (DSC)*, Michel Mongeon.
- **Article** : *Perception par les équipes soignantes de l'approche communautaire en psychiatrie*, Claude Renaud.
- **Article** : *Communauté et santé mentale à Singapour : une autre vision du "communautaire"*, Robert Seigny.
- **Article** : *Promotion de la santé mentale communautaire et qualité de vie des populations*, N. Thomas, B. Van Tichelen, Y. Lambrechts.
- **Article** : *L'approche communautaire dans le domaine de la santé. Permettre aux habitants de s'engager dans des actions de santé de proximité*, Th. Lahaye, Santé Conjuguée, avril 2004, n° 28, Cahier : Participe : présent. La participation des usagers à la santé, p. 51.
- **Article** : *En perspective : Pratiques sociales, travail communautaire et promotion de la santé mentale* (p. 12), Trans-faire, n° 3, janvier 1998.
- **Article** : *En perspective : Promotion de la santé - nouveau décret* (p. 14), Trans-faire, n° 3, janvier 1998.
- **Article** - dossier thématique du Psycendoc " Santé " : *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé*, (O.M.S., Série de Rapports techniques, n° 809.
- **Article** - dossier thématique du Psycendoc " Santé " : *La Santé Communautaire : approche conceptuelle et méthodologique*, M. Roland, Jacques Morel, Marc Hombergen.
- **Article** - dossier thématique du Psycendoc " Santé " : *Promotion de la santé mentale communautaire et qualité de vie des populations marginalisées*, N. Thomas, Th. Lahaye, Ch. Burquel., 7 p.
- **Article** - dossier thématique du Psycendoc "Santé " : *La santé au cœur de l'espace local : l'approche communautaire est-elle une réponse adaptée ?*, Ph. Macquet, Revue " La Santé de l'homme ", CFES, 5 p.
- **Article** - dossier thématique du Psycendoc " Santé " : *Education pour la santé*, J.P. Deschamps, (Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. La Revue du Praticien. Environnement et santé publique, 1984, 34, 11 : 485-497)
- **Article** : *En parler : Santé, promotion de la santé, santé communautaire*, Trans-faire, n° 15, juin 2000, p. 15.
- **Article** : Stratégie : *Les dépenses de santé de la Communauté française en 2003*, Chr. De Bock, Education Santé, n° 193, septembre 2004, p. 13.
- **Article** : *Santé communautaire : Education populaire et santé mentale*, Y. Lambrechts, N. Thomas, B. Van Tichelen, Santé Conjuguée, n° 11, janv. 2000, p. 9.
- **Article** : *Savoir et pratiques : Lutte contre la précarité, intervenir avant la situation d'urgence*, Evel. Lehle, Soins psychiatrie, n° 234, sept/oct. 2004, p. 41.
- **Article** : *Initiatives : Place et relations des acteurs en santé communautaire*, Cécile Plas, Education Santé, n° 369, janv/fév. 2004, p. 7.

- **Livre (5.3) + livre (6)**, *La santé communautaire, Les politiques sociales 1 & 2*, 128 p.
- **Colloque récent** (n° 69) : *Approche communautaire de la Santé et inégalités sociales*. Actes des Rencontres europ. Organisées par N. Maréchal, Min. de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Com. Franç. Wallonie - Bxl, 19/20 octobre 2001.
- **Mémoire** : *Démarche en santé communautaire. Des besoins de prise en charge psychologique aux pistes de solutions dans la commune de Berchem-Sainte-Agathe, 2002-2003*.
- **Revue** : *Le diagnostic communautaire : outil pour une expérience de promotion de la Santé Mentale*, Ch. Burquel, Yves Lambrechts, N. Thomas, B. Van Tichelen, Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française, n° 7.
- **Revue** : *Susciter la santé communautaire + bibliographie*, Jacques Morel, M. Bantuelle, P.A. De Henau, Th. Lahaye, P. Tréfois, M. O'Neill, Santé Conjuguée, tiré à parts du n° avril 1998 - oct. 1998)

Ces ressources sont disponibles et consultables au Psycendoc

Renseignements: Ariane Coppens,

tél: 02 501 01 20

fax: 02 511 52 76

e-mail: psycendoc.lbfsm@skynet.be

Les midis du Sas 2004-2005

conférences-débats en 2005

Le Sas, centre de guidance d'Evere, organise des rencontres pour professionnels sur les thèmes suivants :

Un enfant sans limite

Le 18 février 2005, de 11h.00 à 13h.00

Exposé et animation : Martine Vermeylen, psychologue, psychothérapeute
Bernadette Dupuis, assistante sociale, psychothérapeute

Les maux du corps

Le 29 avril 2005, de 11h.00 à 13h.00

Exposé : Jacqueline Goffin, assistante sociale psychiatrique, psychothérapeute
Animation : Martine Vermeylen, psychologue, psychothérapeute

Multilinguisme et apprentissage scolaire

Le 3 juin 2005, de 11h.00 à 13h.00

Exposé et animation : Charlotte Résimont, logopède
Martine Vermeylen, psychologue, psychothérapeute

Boire et déboires

Le 16 septembre 2005, de 11h.00 à 13h.00

Animateurs : Dr Brigitte Chasseur, psychiatre
Pierre Smet, psychanalyste

Lieu : Centre de guidance Le Sas, 85 rue de la Marne à 1140 Evere (Tram 55, Bus 54, arrêt Paix)

Entrée : 5€ - Sandwichs sur réservation

Inscriptions : indiquez-nous vos nom, institution, téléphone ou adresse mail et la date de la rencontre à laquelle vous souhaitez assister

par téléphone 02 242 07 63

par fax 02 245 10 33

par mail ssmlesas@tiscalib.be

Renseignements au 02 242 07 63

Le COPRES

(Collectif de prévention de la souffrance infantile)

fête son XXème anniversaire

le jeudi 17 mars 2005 de 14h.00 à 19h.00

Créé il y a 20 ans par le docteur Jorge Barudy, qui travaillait à l'époque dans l'Equipe SOS Enfants/Famille de Saint-Luc, le COPRES est un réseau de coordination des intervenants auprès des familles dans les communes de Saint-Josse et Schaerbeek.

Au programme de la journée du 17 mars :

- ▶ un exposé du docteur Jorge Barudy sur le thème de la Bienveillance,
- ▶ un exposé du docteur Thérèse Delattre et de Claire Meersseman, de l'Equipe Aide et
- ▶ Prévention Enfants-Parents de Charleroi, sur le travail en réseau, une animation musicale, un bar et un buffet.

▶ **Lieu :** Centre Culturel de Schaerbeek
Rue de Locht, 91-93 à 1030 Bruxelles

L'entrée est gratuite mais l'inscription est nécessaire.

RENSEIGNEMENTS : Luc Colinet (SSM Le Méridien 02.218.56.08.)

Service de Santé Mentale-U.L.B.

Service Médico-Psychologique du CHU Saint-Pierre

Rappels (cfr. Mental'idées n°4, p.13)

■ **Conférences du Jeudi :** Niveaux de symbolisation et dispositifs thérapeutiques

Université Libre de Bruxelles - Campus du Solbosch, avenue Antoine Depage (coin Ave. F. Roosevelt)
Bâtiment A-entrée Z-auditoire AZ1 101- à 20h30.

- 3 mars 2005** *La symbolisation du lien dans le travail avec les familles et les couples. La méthode des objets flottants* par Philippe Caillé, psychiatre, formateur en thérapie systémique, Nice - Oslo
- 19 mai 2005** *Représentation, sémiotisation, symbolisation et leurs avatars chez les bébés et l'enfant autiste* par Pierre Delion, pédopsychiatre, chef de service de la Clinique Fontan, CHRU de Lille

accréditation demandée

■ **Séminaires cliniques :** 2 matinées - auditoire Bastenie du CHU St.-Pierre

14 janvier 2005 (8h30 - 11h30) : *Symbolisation et psychodrame psychanalytique*
avec Denys Ribas et Nicole Minazio

4 mars 2005 (8h30 - 11h30) : *Symbolisation et thérapie familiale systémique*
avec Philippe Caillé et Siegi Hirsch

■ **Colloque**

le **20 mai 2005** (9h - 17h), au Théâtre Le Public

Thérapie familiale systémique et psychodrame psychanalytique : mise en perspective clinique
Avec Pierre Delion, Nicole Minazio, Siegi Hirsch

Renseignements, conditions et inscriptions : Alexandra Buytaers, tél 02 503 15 56
e-mail : centredeguidance@ulb.ac.be site internet : www.ulb.ac.be/assoc/ssm/

Association Française et Eugène MINKOWSKI
Centre Française MINKOWSKA

Sous le patronage du Ministre de la Santé et de la Protection sociale
Sous le parrainage de la Ministre Déléguée à la lutte contre la précarité et l'exclusion
Avec le soutien de la Commission Nationale Française pour l'UNESCO
Et de l'Organisation Internationale pour les Migrations

2ème Colloque Européen

" *Cliniques psychosociales et transculturalité de l'enfant et de l'adolescent en Europe.* "
jeudi 17 et vendredi 18 mars 2005 - FIAP JEAN MONNET - 30 rue Cabanis - 75014 Paris - France

Jeudi 17 mars 2005

9h00 -9h30 Accueil des participants

9h30-10h15 Allocution d'ouverture Mme Marianne MINKOWSKI (France)- Dr Gudjón MAGNUSSON (Copenhague)

Mme Claire BRISSET - Défenseure des enfants

"*Enfance et adolescence devant les mutations culturelles des pays développés*"

10h15-11h15 1ère séance plénière : "TRAJECTOIRES ACTUELLES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS DANS L'ESPACE EUROPÉEN"

Mme Julia KRISTEVA (France) - Dr Michèle CADORET (France) - Mme Julia KRISTEVA : "*Prolégomènes*"

11h30-12h30 2ème séance plénière : "ASPECTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES"

Mme Claire D'URSO - Mme la Juge Martine De MAXIMY (France)

Mme la Juge Andrée RUFFO : "*De la responsabilité de protéger à l'intervention*"

14h00-15h00 3ème séance plénière : "CLINIQUE ET ASPECTS PSYCHO-ANTHROPOLOGIQUES"

M. Jean-Godefroy BIDIMA (USA) - Pr. Marie Rose MORO (France) - Dr. Boris CYRULNIK : "*Résilience et cultures*"

15h30 18h00 Atelier n°1 : "IDENTITÉ CULTURELLE ET IDENTITÉ SOCIALE"

M. Altan GOKALP (France) - Dr. Fabio LOPES (France) - Mlle Nadia SANDELL (France) - Mme Marianne FRANK (Luxembourg) -

M. Serge KOLLWELTER (Luxembourg) - Mme Diana GRAN DALL'OLIO (Italie) - Mme Thao N. LE (USA)

Atelier n°2 : "LES JEUNES EN EUROPE : PROTECTION ET PRÉVENTION"

M. Antoine GAILLY (Belgique) - M. le Juge Alain VOGELWEITH (France) - Mohamed EL MOUBARAKI (France) - M. Jean Claude

NICOLLE (France) - Mme Anne-Pascale MARQUEBREUCQ (Belgique) - Mme Marie HESSLE (Suède) - M. Jean BIZIMANA

(Allemagne)

Atelier n°3 : "FAMILLES ET TRANSMISSION"

Mme Yolande GOVINDAMA (France) - Dr. Irina TCHENAKAL (France) - Dr. Afrodita HODZA (France) - Dr. Paula LAMBERT -

(Belgique) - M. Laurent BARRY (France) - Dr. Jean - Pierre DRAPIER (France) - Mme Asmae FAURE - TRIBAK (France) - Mme

Vien TRAN (France) - Mme Maria Engràcia LEANDRO (Portugal)

Vendredi 18 mars 2005

9h30-10h30 1ère séance plénière : "PRISES EN CHARGE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT"

Pr. Roberto BENEDEUCE (Italie) - M. François RICHARD (France)

Pr. Marcel RUFO "*Soins culturels ou transculturels ? A propos de la prise en charge des adolescents*

à la Maison des Adolescents Hôpital Cochin Paris"

10h45-11h45 2ème séance plénière : " ENJEUX ET RÉUSSITE SCOLAIRE "

M. Eric MESSENS (Belgique) -Mlle Soraya AYOUCHE (France) Mme Claude ELSAIR-LONDNER : "*Ecole de l'Autre, école de tous*"

14h00 16h30 Atelier n°1 : " LA SOCIALISATION PAR L'ÉCOLE "

Dr. Can Liem LUONG (France) - Mme Maria PARRA (France) - Mme Denise BAROKAS (France) - Mme Marie-Christine

VOLOVITCH -TAVARES (France) - M. Claude BEAUDOIN (France) - M. Jacques LEVINE (France)

Atelier n°2 : "Nouvelles figures de la psychopathologie"

Pr. Kamaldeep S. BHUI (UK) - Dr. Doudou SARR (France) - Mlle Soraya AYOUCHE (France) - Pr. Marie Rose MORO (France) - Dr.

Félicia HEIDENREICH (France) - Pr. Roberto BENEDEUCE (France) - Dr. Dori ESPESO (Espagne) - Pr. Alexandre TKHOSTOV

(Russie)

Atelier n°3 : "La citoyenneté au péril de l'éthique"

Dr. Edmundo GOMEZ - MANGO (France) - Pr. Carlos FARATE (Portugal) - Mme TIJUS GLAZEWSKI (France) - Pr. Carlos

FARATE (Portugal) - Dr. Annechien LIMBURG - OKKEN (Pays Bas) - Mme Myrvine MARCELIN (France) - Pr. Jean-Godefroy

BIDIMA (USA) - Yvonne Arnoult Chairholder (USA)

17h00-17h45 Table ronde

Pr. Joseba ACHOTEGUI (Espagne) - Pr. Goffredo BARTOCCI (Italie) - Pr. Roberto BENEDEUCE (Italie) - Dr Rachid BENNEGADI

(France) - Pr. Kamaldeep S. BHUI (UK) - Dr. Boris CYRULNIK (France) - Pr. Quentin DEBRAY (France), à confirmer - Pr. Carlos

FARATE (Portugal) - M. Altan GOKALP (France) - Dr. Annechien LIMBURG - OKKEN (Pays Bas) - Dr. Daniel MBASSA MENICK

(Cameroun) - M. Brendan McLOUGHLIN (UK) - Pr. Marie Rose MORO (France) - Dr. Georges NAULEAU (France) - Dr. Joan OBI-

OLS LLANDRICH (Andorre) - Pr. Marcel RUFO (France) - Pr. Alexandre TKHOSTOV (Russie) - Dr. Charles WATTERS (UK)

17h45-18h00 Conclusion : Pr. Michel TOUSIGNANT - (Canada)

18h00-19h00 Animation culturelle

Programme complet sur : www.minkowska.com

Inscriptions : 150 euros avant le 15 février 2005 - 200 euros après le 15 février 2005

Contact : (: + 33 1 53 06 84 84 - @ : paris@minkowska.com