

Editeur responsable :
Eric Messens
53 rue du Président
1050 Bruxelles

Belgique-België
P.P
1050 Bruxelles 5
1/7371

ISSN 1780-0951

n° 9
01/2007



Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

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

Dossier

Santé mentale et Précarités

Santé mentale, Désinsertion
et Souffrance psychosociales

Mental' idées

Sommaire

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 (0)2 511 55 43
fax 0032 (0)2 511 52 76
email lbfsm@skynet.be

Comité de rédaction

Dr. Charles Burquel
Elisabeth Collet
Dr. Denis Hers
Dr. Jean-Paul Matot
Alain Vanoeteren

Responsable de publication
Eric Messens

Graphisme et mise en page
Françoise Herrygers

Contact rédaction:
herrygers.lbfsm@skynet.be

Photographies
Françoise Herrygers

Le Comité de rédaction 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.

Editorial
Françoise Herrygers

3

EVÉNEMENT

Congrès international, 24-25-26 mai 2007

Jusqu'ici tout va bien...

*Mouvements en Santé Mentale
entre clinique, social et politique*

4

Dossier Santé Mentale et Précarités

8

2ème partie: **Santé mentale, Désinsertion et
Souffrance psychosociales**

Thierry Martin
L'abolition de la Pauvreté en débat(s) 8

Luc Colinet, Bénédikte De Veuster et Annie Nélissenne
Désinsertion sociale et Santé Mentale 11

Dominique Baré et Magali Hirsoux
Des espaces collectifs créateurs de santé mentale 14

Sylvie Bastin
*S.S.M. Antonin Artaud,
un concept de psychiatrie sociale* 18

Anne de Reuck
*La pioche, Service de Santé Mentale
à Marchienne Docherie* 21

L'équipe "Santé communautaire" du S.S.M.
Le Méridien (E. Armanet, N. Coral, P. Romero, N. Thomas)
Entre deux cultures :
Paroles de vie, femmes tisserandes
Récit à quatre voix d'une expérience en santé mentale
communautaire 25

Pascale De Ridder
*Quelques réflexions sur le travail psychosocial avec
un public d'exilés souvent exclus des droits
les plus élémentaires* 29

Anne-Françoise Raedemaeker
Homo sum, humani a me nihil alienum puto
Je suis Homme, je considère que rien d'humain ne m'est étranger 33

Sylvie Bastin
Diogènes : une participation à la réhabilitation sociale 36

Serge Zombek
Dérive sociale et santé mentale :
15 ans de travail au SMES-B 40

Agenda du secteur

48

Juste une question d'équilibre ...

Ce 9ème numéro du Mental'idées vous invite à participer au **Congrès international**

**« Jusqu'ici tout va bien... »
Mouvements en Santé Mentale
entre clinique, social et politique**

**organisé par la L.B.F.S.M. et ses partenaires
les jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 mai 2007 au Heysel**

et à découvrir la deuxième partie du dossier thématique consacré à l'articulation Santé Mentale et Précarités vue, cette fois, sous l'angle de la désinsertion et de la souffrance psychosociales.

Paradoxal, me direz-vous... pas tellement...

Jusqu'ici tout va bien évoque la présence de la faille, la proximité du vide et le risque latent. Ballottée entre clinique, social et politique, la Santé Mentale affronte le vertige, renouvelle ses prises, s'adapte, négocie la difficulté ou se positionne fermement... mais s'interroge régulièrement sur son avenir. Ce faisant, elle ouvre aussi de nouvelles voies, s'encorde en réseaux et tente de progresser en intersecteurs.

Par et avec ce Congrès, - face à la complexification des situations qui échappent à toutes les aides mises en place, à la confusion de frontières qui ne balisent plus grand-chose, aux effets culturels débordants, aux discours sécuritaires, à la banalisation des violences vécues, montrées et virtuelles...- , la Santé Mentale propose et soutient la réflexion concertée, les engagements et les responsabilités partagés, le respect de l'humain dans sa diversité et ses combinaisons, la nécessité d'un temps consistant et valorisé pour dire et pour entendre, une connaissance pratique accrue des champs qui se croisent et s'interpénètrent,...

Jusqu'ici tout va bien, c'est aussi ce que se disaient ceux et celles qui jonglaient avec le déséquilibre juste avant qu'il ne les précipite là où presque plus rien ne va. Malmenés dans un entre-tout, ils passent souvent d'une aide à une autre jusqu'à ne plus vouloir... Traumatisés de la vie, ils s'adaptent parfois au pire, à l'errance urbaine, négocient leur survie, résistent et se débrouillent. Chez eux aussi des ressources existent, des réseaux se créent. Pour eux aussi, le temps pour dire et pour être écouté est constructeur, tout comme l'est une humanité reconnue.

Pas si éloignés, je vous le disais... Juste une question d'équilibre et de point d'horizon à déterminer ensemble pour avancer pas à pas vers un avenir plus respectueux de tous.

Avec toute l'équipe de la Ligue, nous vous y invitons en vous fixant rendez-vous les 24, 25 et 26 mai 2007 dans le cadre du Congrès **Jusqu'ici tout va bien**. Cet événement sera aussi l'occasion de souligner, en votre compagnie - si vous le voulez bien -, les 30 ans d'existence de la L.B.F.S.M.

Françoise Herrygers



**Congrès
international**

mai 2007

**Jusqu'ici
tout va bien...**

**Mouvements en Santé Mentale
entre clinique, social et politique**

En collaboration avec

**l'Union Internationale d'Aide à la Santé
Mentale**

l'Association Française de Psychiatrie

**le Comité Européen : Droit Ethique et
Psychiatrie**

**l'Observatoire National des pratiques en
Santé Mentale et Précarité**

et avec le soutien

***de la Commission Communautaire Française
de la Région de Bruxelles-Capitale***

Comité d'organisation

**Jean-Louis Aucremanne, Charles Burquel, Yves
Cartuyvels, Jean De Munck, Jean-Louis Genard, Edith
Goldbeter, Manu Gonçalves, Philippe Hennaux, Denis
Hers, Gaëtan Hourlay, Dan Kaminski, Paula Maggi,
Francis Martens, Antoine Masson, Jean-Paul Matot,
Eric Messens, Didier Robin, Pierre Smet, Lydwine
Verhaegen.**

**Au Parc des Expositions
de Bruxelles**

Brussels Exhibition Centre

**La Ligue Bruxelloise
Francophone
pour la Santé Mentale**

organise

**un Congrès International
les 24, 25 et 26 mai 2007**

Jusqu'ici tout va bien...

*Mouvements en
Santé Mentale
entre clinique,
social et politique*

argumentaire

La clinique nous confronte à l'humain.

L'humain pris dans les soubresauts de l'histoire, remué par les propositions et les antagonismes culturels, tributaire de la mobilité de son environnement technique et symbolique, sollicité - parfois hypnotisé - par les nouveaux artifices de société... même si c'est lui qui fait l'histoire.

Chaque époque est caractérisée par des modifications plus ou moins importantes de représentations et de productions, langagières ou autres. Ces transformations ont toujours existé, ce sont elles qui font les civilisations, mais leur accélération, leur radicalité et leur globalisation déconcertent - on est peut-être à un moment charnière, voire révolutionnaire de l'histoire des rapports humains -, au point de constituer un ensemble de phénomènes dont l'explication finit par échapper au sens commun et sur lesquels les individus perdent prise.

L'inflation des systèmes et des référentiels de pensée les dépassent. La grammaire en est illisible ou floue, et met en difficulté leur accrochage symbolique à ce monde en mutation.

La condition anthropologique contemporaine se révèle et se décline dans quelques puissantes modifications de contextes de vie : le rapport modifié au temps et à l'espace, les normes changeantes au sein de la famille, de la conjugalité et de la filiation, l'érosion des formes de solidarité et l'attrait pour les constructions individuelles, la relativisation du genre et du sexué au profit des utopies sur le corps et la sexualité, la course à la connexion virtuelle du monde et en miroir les mécanismes de déliaison sociale, la banalisation de l'écart entre grandes richesses et grandes pauvretés, l'accoutumance aux malheurs des autres et le culte du succès de soi, les conceptions autour de l'intime et du privé. La liste est longue, on pourrait poursuivre avec les questions sur la force des images et la saturation du regard, sur les manifestations de la violence et le sentiment d'insécurité, sur la souffrance au travail, sur le destin des échanges au temps des troubles du narcissisme, sur la puissance de l'oubli et la difficulté accrue du travail de mémoire ou encore sur les rapports de force entre les cultures...

Alors, la personne individualisée, *un destin brisé* ?

Sur le terrain, l'expérience nous montre que le psychisme, l'âme des individus, est touché par ces turbulences. Les expressions du malaise et de la détresse se multiplient et changent de forme, allant parfois jusqu'au silence... qui ne demande rien. Les praticiens parlent beaucoup de nouveau désarroi, de nouvelles souffrances, d'une extension du domaine de la santé mentale, invitée, chargée de répondre aux avatars psychologiques d'un *vivre ensemble* malmené.

S'en tenir à ce seul constat serait réducteur.

Les métiers de la santé mentale, les professionnels de l'accueil, de l'aide sociale, de l'intervention communautaire, de l'éducation, de la médecine ou de la justice comme les spécialistes de la sociologie, de l'anthropologie et d'une manière plus générale des sciences humaines, entendent et découvrent chaque jour comment des hommes, des femmes, des enfants et des familles s'arrangent pour sortir de leurs impasses et réduire leurs difficultés. Ruses, trucs, astuces et trouvailles,... leurs récits sont émaillés de ce qui a pu faire solution un moment ou longtemps et nous ouvrent à tout le champ des ressources non-professionnalisées. On en trouve des exemples dans les engouements religieux, dans les modèles inédits d'économie parallèle, avec certaines formes de nouvelles passions culturelles ou via l'élargissement des choix sexuels.

Au désarroi et aux ressources des individus répond en vis-à-vis le désarroi et les ressources des praticiens.

Jusqu'où faut-il intervenir, comment tenir compte dans les pratiques des nouvelles coordonnées anthropologiques, peut-on feindre d'ignorer les laissés-pour-compte du système, comment soigner ceux qui ne veulent rien, y a-t-il des besoins prioritaires en santé publique, quelles sont les possibilités et les limites du travail en partenariat, où s'arrête la responsabilité des soignants, faut-il tout professionnaliser, qu'est-ce qui fait soin, comment produire de la santé mentale, le plan d'Helsinki recommande parmi ses axes stratégiques de promouvoir le bien-être mental des citoyens, qui a cette mission pour tâche... ?

Les systèmes de soins et l'offre thérapeutique ont tendance à se démultiplier. Les métiers de la santé mentale et de la psychologisation des maux sociaux se développent. Ils sont parfois plus destinés à assurer l'ordre public qu'à accueillir la souffrance. Leur inflation n'est pas forcément utile et productive de sens. Certains projets novateurs ont pour effet de créer des nouvelles demandes et de désamorcer des habitudes de solidarité qui avaient toute leur efficacité. La poussée d'un courant gestionnaire, évaluateur, performatif et standardisant menace la culture et l'éthique d'une génération de praticiens grandie avec les enseignements de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle et de l'anti-psychiatrie. Ceux-ci se vivent aujourd'hui encore plus comme des résistants.

Toutes ces transformations demandent aux soignants des changements d'attitude, des inventions pour pallier les impasses du dispositif institutionnel établi, mais logiquement, de tels phénomènes les obligent aussi à questionner leurs conceptions du soin, leurs repères et leurs idéaux de travail.

Depuis cinq ans, la Ligue poursuit une réflexion de fond sur les enjeux actuels de société et de santé mentale. Ce parcours a été jalonné de nombreuses étapes et a donné lieu à l'organisation de nombreux événements scientifiques : colloques, séminaires, recherches. La Ligue n'est pas seule à le faire. D'autres associations, d'autres champs institutionnels avec lesquels elle entretient un dialogue permanent sont traversés par les mêmes préoccupations et les ont aussi mises au travail. De plus en plus, elles essaient de mêler à leurs réflexions les associations qui représentent les usagers et replacent la dimension de la citoyenneté au cœur du débat.

La santé mentale, et la spécificité de celle-ci dans le giron de la santé publique, demande que certains de ses concepts, de ses tenants et aboutissants soient reconsidérés, sans idée d'opérationnalisation immédiate, mais au contraire avec la volonté de constituer une réserve intellectuelle d'idées et de balises partageables.

En proposant ce Congrès international, le projet des organisateurs est d'inviter à poursuivre la réflexion sur ces questions de fond, organisées en thématiques transversales, à partir des pratiques cliniques et des lectures qui permettent la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, le droit et d'autres disciplines qui aujourd'hui s'associent volontiers à l'univers de la santé mentale.



Orateurs déjà confirmés...

Lina **BALESTRIÈRE** - Miguel **BENASAYAG** - Roberto **BENEDUCE** - Rachid **BENNEGADI** - Fethi **BENSLAMA** - Gilles **BIBEAU** - Yves **CARTUYVELS** - Mario **COLLUCI** - Ellen **CORIN** - Lambros **COULOUBARITSIS** - Pierre **COUPECHOUX** - Jean-Yves **COZIC** - Pierre **DELION** - Michel **DEMANGEAT** - Jean **DE MUNCK** - Dominique **DE PRINS** - Pier-Angelo **DI VITTORIO** - Jean-Claude **ENCALADO** - Jean **FLORENCE** - Philippe **FOUCHET** - Jean **FURTOS** - Jean-Louis **GENARD** - Edith **GOLDBETER** - Jean-Pierre **JACQUES** - Pascale **JAMOULLE** - Michel **JOUBERT** - Dan **KAMINSKI** - François **LAPLANTINE** - Pierre-Jo **LAURENT** - Christian **LAVAL** - Jean-Pierre **LEBRUN** - Claude **LOUZOOM** - Pierre **MARCHAL** - Francis **MARTENS** - Jean-Pierre **MARTIN** - Antoine **MASSON** - Jean-Claude **MÉTRAUX** - Jean **OURY** - Jacques **PAIN** - Didier **ROBIN** - Jacques **SCHOTTE** - Dan **SCHURMANS** - Olivier **SERVAIS** - Michel **TOUSIGNANT** - Livia **VELPRY** - Alfredo **ZENONI**

Appels à communications

Les axes et thèmes principaux de travail du Congrès seront :

La santé mentale face aux changements culturels : comment les nouvelles conditions symboliques et techniques ébranlent les organisations psychiques et convoquent les intervenants à inventer de nouvelles formes de pratiques et des propositions d'aide - marchandisation et révolution des techniques - invariants d'une société humaine...

Les nouvelles scènes et expressions de la souffrance humaine : migrations, violences sociétales, toxicomanies, déni de la souffrance, trajectoire sociale des patients...

La santé mentale et les nouveaux contextes de vie : rapport au temps et à l'espace - changements dans la famille, la conjugalité et la filiation - le corps, la sexualité, le sexué - la violence - les modifications du lien social - l'intime et le privé - le rôle de l'image...

L'inflation du domaine de la santé mentale : les nouvelles scènes et expressions de la souffrance humaine - la "santé mentalisation" du social - l'atomisation de l'aide sociale...

Santé mentale et Santé publique : la multiplication des champs d'interpellation - rôle et sens actuel de la psychiatrie - les interfaces institutionnelles - les nouveaux signifiants porteurs, comme l'humanitaire, l'urgence et la crise, le travail de proximité, l'ingérence, le réseau, l'approche communautaire - les contraintes administratives et la bureaucratisation...

Evolution des conceptions autour du soin psychique : la validation et l'évaluation - les nouveaux métiers de la santé mentale - ce qui fait soin dans une société - articulations de l'individuel et du collectif, de la clinique et de l'institutionnel dans les soins psychiques...

Résistances et alternatives : de l'individu, des groupes, dans le travail clinique et institutionnel - articulation avec le monde politique - passeurs de mondes - citoyenneté et santé mentale - notion d'engagement - penser son travail - ruses, triches, bricolages et initiatives...

Toute personne désireuse d'intervenir au Congrès est invitée à faire parvenir un texte d'une page A4 (*en Word 2000 ou inférieur sous Windows XP ou inférieur*), présentant son projet au Comité d'organisation, pour **le 31 janvier 2007** au plus tard, en l'adressant :

par mail à emessens@skynet.be

par courrier à l'adresse du secrétariat du Congrès

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

Personnes de contact : Dr. Charles Burquel et Eric Messens

Secrétariat de la **Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale**
53, rue du Président – 1050 Bruxelles, Belgique

tél : 0032 (0)2 511 55 43

fax : 0032 (0)2 511 52 76

e-mail : emessens@skynet.be

Santé Mentale et Précarités

Santé mentale,

Désinsertion et Souffrance psychosociales

L'abolition de la pauvreté en débat(s)

Thierry MARTIN

Collaborateur au Service de lutte contre la pauvreté,
la précarité et l'exclusion sociale

En décembre 2005, le Service de Lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale publiait son troisième rapport bisannuel intitulé : « Abolir la pauvreté. Une contribution au débat et à l'action politiques ». Un rapport parmi d'autres ? Pas vraiment. Flashback.

1. Il était une fois : le Rapport Général sur la Pauvreté...

En 1992, le gouvernement fédéral de l'époque confie la rédaction d'un **Rapport Général sur la Pauvreté** (RGP) "aux milieux représentatifs du quart-monde" en collaboration avec l'Union belge des Villes et des Communes.

Il lance ainsi une démarche inédite : expérimenter, à l'échelle du pays, de nouveaux modes de délibération et d'évaluation des politiques. Pendant deux ans, les personnes pauvres, via leurs associations, dialogueront avec les CPAS mais aussi avec d'autres acteurs, notamment des professionnels de la santé, de l'enseignement, des organisations de terrain, etc.

D'avantage perçus jusque-là comme bénéficiaires des mesures de lutte contre la pauvreté que comme partenaires, les citoyens pauvres voient reconnaître leur capacité de contribuer à l'analyse de la société, à la recherche d'avancées vers plus de solidarité.

Le RGP, publié en 1995, contient des constats, des analyses et surtout des propositions. Les unes demandent des changements législatifs; d'autres des modifications dans l'application des lois. Toutes font appel à une transformation du regard porté sur les pauvres.

Le 5 mai 1998, tous les ministres concernés par la pauvreté et l'exclusion sociale signent un «Accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la politique en matière de pauvreté»¹. Cet accord crée notamment le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.²

2. Le rapport bisannuel du Service de Lutte contre la Pauvreté

L'une des missions du Service est de rédiger, au moins tous les deux ans, un rapport sur l'état de la lutte contre la pauvreté et ce, toujours en concertation avec les acteurs de terrain. C'est l'une de ses particularités : tant sa rédaction que son mode de réalisation – le dialogue – sont déterminés par une loi. Autre caractéristique notable : l'accord de coopération précise la procédure de suivi officielle de ce document. Celui-ci est d'abord remis au président de la Conférence interministérielle pour l'intégration sociale. Le rapport sera alors présenté aux membres de celle-ci. L'accord prévoit ensuite que les gouvernements, les parlements et les organes consultatifs compétents (notamment les conseils économiques et sociaux) en discutent et formulent un avis.

3. Le rapport 2005 : sous le signe de l'innovation

Dialogues croisés

Tout d'abord, ce rapport est le résultat de différentes formes de débats. D'une part, le Service organise des réunions avec des groupes thématiques composés de panels diversifiés d'acteurs. Certains groupes de concertation mènent un dialogue sur un thème donné depuis plusieurs années déjà tandis que d'autres sont

plus récents. D'autre part, dans le cadre des 10 ans du Rapport Général sur la Pauvreté, des rencontres ont été organisées à la demande du Ministre de l'intégration sociale en avril – mai 2005 par la Fondation Roi Baudouin dans les 10 provinces et à Bruxelles. Le Service avait préparé des documents de réflexion³ qui ont servi de point de départ à ces 11 rencontres. Il a assisté aux discussions, prenant note des signaux et des témoignages.

Pendant les débats, beaucoup ont fait part de leurs doutes et de leur inquiétude quant à l'utilité du processus. A plusieurs reprises, ils ont affirmé que dans le passé, les demandes et propositions transmises aux responsables politiques à la suite de différents projets participatifs n'avaient pas reçu assez d'écho. Il est clair qu'un retour insuffisant risque de jeter le discrédit sur la méthode de dialogue, qui, selon certains, devient alors un «*procédé pour ne rien changer et camoufler les rapports de force traditionnels à l'aide de séances de blabla populiste. (...) Une participation à part entière doit fonctionner comme un véritable rayon laser, dirigé vers les intérêts fondamentaux des citoyens concernés et doit ensuite contribuer à éliminer les mécanismes et processus structurels de discrimination et d'exclusion sociale*».⁴

Malgré leurs réserves, la plupart des acteurs se sont mobilisés, espérant un vrai débat avec les décideurs politiques. C'est pourquoi le Service s'est également impliqué dans un suivi pro-actif du Rapport, visant notamment à faire passer le message de ce ressenti (cfr. infra).

Abolir la pauvreté : une utopie ?

Encore serait-ce le cas, on pourrait rappeler aux esprits chagrins ce trait d'esprit d'Oscar Wilde : «*Le progrès n'est que l'accomplissement des utopies*»... Mais ce titre est bien plus qu'une tournure littéraire. Dans l'accord de coopération cité plus haut, le législateur a défini la pauvreté comme une violation des droits de l'homme. Dès lors, ce titre a également comme objectif de lancer le débat sur la place que notre société entend réserver aujourd'hui à la pauvreté. Le choix est clairement posé entre d'une part, la considérer comme un phénomène «à la marge», inévitable et à gérer bon an mal an en deçà d'un certain seuil statistique, ou comme une réalité inacceptable.

Résumer ce rapport est impossible. Conçu comme un outil d'aide à l'élaboration d'un agenda politique, il se décline en grandes **orientations**, en **résolutions** et, *in fine*, en quelque 200 **pistes** d'action ou de réflexion possibles, soumises aux décideurs politiques. Effectivement, leur diversité montre à quel point la lutte contre l'exclusion doit se mener à différents niveaux, à l'aide de moyens variés et selon des principes de solidarité, de cohérence et de participation. Ainsi, certaines propositions rappellent la nécessité d'investir dans des mesures structurelles, telles

celles qui préconisent de garantir davantage la qualité de l'emploi dans toutes ses dimensions (salaire, sécurité de travail...) ou la régulation du marché locatif, tandis que d'autres pointent l'importance de mesures précises, limitées mais essentielles, comme la levée des obstacles à l'insaisissabilité des montants protégés versés sur un compte bancaire à vue.

Certaines propositions demandent un investissement budgétaire appréciable, telle que la réintroduction d'allocations familiales spécifiques pour des périodes onéreuses (rentrée des classes). D'autres propositions n'entraînent qu'un faible coût, s'agissant, par exemple, de développer la sensibilité à l'inégalité sociale au cours de la formation des enseignants. Les propositions se déclinent également selon différents principes : de manière non exhaustive, elles recommandent de favoriser la participation des personnes pauvres aux processus d'accompagnements dans lesquels elles sont de gré ou de force engagées, elles rappellent l'exigence de solidarité notamment par le renforcement nécessaire de la sécurité sociale et le développement d'une fiscalité plus équitable à l'égard des personnes aux bas revenus et elles plaident pour davantage de cohérence par l'organisation plus transparente et plus efficace des conférences interministérielles.

Présenter, illustrer, valoriser les réalités du terrain et jeter les ponts d'un dialogue «terrain – politique – terrain»

On l'a déjà évoqué plus haut, le suivi des deux rapports précédents du Service n'a pas répondu aux espérances. En effet, même si différents organes consultatifs ont transmis leur avis, ce ne fut pas le cas pour tous les gouvernements. Le rapport 2005 a donc suscité des attentes élevées. Les propositions et les recommandations qu'il contient ont aussi été portées par un nombre impressionnant d'acteurs et d'institutions très divers.

En parallèle au suivi officiel et en accord avec le président de la conférence interministérielle sur l'intégration sociale, le Service a contacté les différents cabinets ministériels en charge des différentes thématiques ou couvrant éventuellement plusieurs thèmes.

L'objectif était d'obtenir un rendez-vous et d'aller présenter aux collaborateurs des ministres les recommandations du rapport. Des partenaires qui avaient participé à un ou plusieurs moments de dialogue ont systématiquement accompagné des représentants du Service afin de donner davantage de chair aux recommandations sur papier, exposer en fonction de leur quotidien l'urgence de certaines recommandations, décrire les cas concrets auxquels ils étaient confrontés.

Dans une grande majorité de cas, la démarche a été très bien accueillie. Ici, des contacts ont été noués pour s'inscrire dans la durée. Là, des groupes de travail sur des sujets pointus ont été inscrits à l'agenda. Il a été demandé aux différents cabinets de fournir, dans la mesure du possible, une réponse écrite sur les différentes propositions. Selon les cas, ces réponses écrites ont pu alimenter les groupes de concertation ou attirer l'attention sur des thèmes ou sous-thèmes à

développer. La nécessité d'un dialogue authentique terrain – politique – terrain a été comprise.

De façon générale, cette démarche a aussi permis de rappeler les missions du Service, ses spécificités et toute l'importance du processus participatif dans lequel il était engagé en permanence.

La santé au coeur des préoccupations

Une association de sans-abri a tenu à ce que ce chapitre débute par une citation, un constat terrible : *«La pauvreté tue toujours en 2005»*. Et ce, faut-il le préciser, pas uniquement en hiver et pas uniquement parmi les sans-abri. Pour le chapitre santé, tous les partenaires des concertations ont insisté sur la nécessité de mettre l'accent sur les éléments déterminants pour la santé, et sur lesquels les professionnels de la santé et de la prévention n'ont que peu de prise : le logement, le revenu et l'emploi, la formation, etc.

«Quel effet peut-on attendre d'un conseil alimentaire donné à une famille qui vit sans frigo ou dont le raccordement au gaz a été supprimé ? Combien de temps une personne qui vient d'avoir une pneumonie peut-elle rester en bonne santé si elle vit dans un logement rongé par l'humidité ?» asbl De Keeting

Une relation boomerang unit aussi la santé et la pauvreté : être pauvre rend malade, mais être malade peut aussi rendre pauvre. Habiter un logement insalubre, faute de moyens, peut avoir des conséquences gravissimes sur la santé. Inversement, la maladie peut entraîner la pauvreté en raison des nombreux frais inhérents aux soins de santé, et engendrer des choix cornéliens comme «payer son loyer ou ses médicaments», ou encore des pratiques de plus en plus répandues comme le shopping médical en pharmacie.

Dans le cadre du suivi pro-actif assuré par le Service et ses partenaires, un feedback particulièrement fourni a été donné par le cabinet du Ministre de la Santé, ouvrant la porte à un dialogue continu et constructif entre les associations oeuvrant pour le droit de tous à la santé et la cellule stratégique.

4. En conclusion ?

Le rapport 2005 s'achève sans conclusion classique. En lieu et place, l'orientation XIII dresse une série de constats qui découlent de ces multiples moments de dialogue et s'avèrent être des prérequis incontournables dans l'élaboration de politiques de lutte contre la pauvreté efficaces et cohérentes.

Tout d'abord, il est plaidé pour une valorisation des connaissances existantes. Ces connaissances sont multiples (études de centres de recherche ou institutions scientifiques, rapports d'associations, etc.), mais souvent sous-exploitées. En outre, comme le prônait déjà le RGP, le rapport 2005 demande des mesures

générales plutôt que sélectives. En effet, les mesures ciblées ont l'inconvénient de créer des effets de seuil et d'être moins légitimes.

Par ailleurs, lutter contre la pauvreté aujourd'hui implique de tenir compte d'une grande diversité. S'intéresser à l'hétérogénéité des caractéristiques de la pauvreté permet de mieux la combattre. Lutter contre la pauvreté, c'est aussi restaurer la citoyenneté : pour ce faire, il convient de favoriser la participation de tous. Il est demandé d'évaluer les législations sur la base desquelles les associations sont reconnues, en posant la question des moyens dégagés pour soutenir le droit d'association des personnes pauvres (ex : le décret sur l'action éducative dans le champ de l'éducation permanente en Communauté française).

La cohérence des politiques, grâce notamment à la Conférence inter-ministérielle pour l'intégration sociale, est une impérieuse nécessité pour mener des politiques structurelles.

Enfin, le rapport 2005 se termine en réclamant l'introduction d'une culture de l'évaluation des politiques : l'évaluation interroge les politiques en termes de pertinence, d'efficacité, de cohérence et de durabilité de façon à améliorer la qualité des décisions, de mieux allouer les ressources, et de rendre compte aux citoyens.

1. M.B. du 16 décembre 1998 et du 10 juillet 1999
2. Site internet : <http://www.luttepauvrete.be>
3. Voir <http://www.luttepauvrete.be/travaux10ansRGP.htm>
4. GOOSSENS, L. *De kleinburgerlijke participatie voorbij ? Snelle schets van een scharnierscenario*, in : Ter Zake, novembre 2004.



Rapport du Service de lutte contre la pauvreté,
la précarité et l'exclusion sociale :

*« Abolir la pauvreté. Une contribution au débat
et à l'action politiques »*

114p., téléchargeable sur le site www.luttepauvrete.be
et disponible auprès de l'Infoshop du SPF Chancellerie du
Premier Ministre – 02/514.08.00.

Désinsertion sociale et santé mentale

Dr. Luc COLINET,
thérapeute familial au SSM Le Méridien,
responsable Coordination Santé Mentale et Précarités.

Annie NELISSENNE,
infirmière sociale à l'Hôpital d'Accueil Spécialisé de Fond'Roy
et Bénédikte DE VEUSTER,
assistante sociale au Service A de Sanatia,
animatrices du Groupe de travail Santé Mentale et Insertion

La reconnaissance de l'importance de la dimension sociale dans la compréhension et l'appréhension des personnes rencontrées dans le champ de la santé mentale n'est pas chose nouvelle. Ce qui est plus récent, ce sont toutes les réflexions autour d'une désinsertion sociale dont on laisse entendre qu'elle est le fait d'individus incapables ou malades, sans prendre en compte qu'elle peut être aussi le produit d'une certaine organisation du social.

Partant de l'axe Santé Mentale, il paraît judicieux d'aborder ce concept de désinsertion sociale sous deux angles.

Pour commencer, le préfixe *dés-* fait référence à l'idée d'une *perte* ou à l'idée d'un *manque* (cfr. déséquilibre, désespoir, déstabilisé, désenchanté, désemparé,...).

Dés-insertion fait donc référence pour certains à une perte d'insertion. L'insertion a été perdue... mais suite à quoi ?... Une maladie physique ou psychiatrique, une spirale de surendettement, une perte d'emploi, une faillite, une séparation ou divorce, un accident... ? Sans doute le plus souvent un cumul de plusieurs circonstances ...

Pour d'autres - comme les individus ou les familles qui sont dans la précarité depuis plusieurs générations, ou encore certaines personnes handicapées de naissance - il n'y aurait jamais eu d'insertion sociale.

Dans le champ de la santé mentale, les intervenants sont particulièrement interpellés par les personnes en perte d'insertion suite à des épisodes de difficultés psychologiques, sociales, économiques ou suite à la maladie mentale.

A l'hôpital psychiatrique, on constate que les personnes souffrant de maladie mentale peuvent entrer dans un mécanisme de désinsertion sociale qu'il est généralement très difficile d'enrayer. En effet il n'est pas rare qu'en un très court laps de temps, les patients

se retrouvent sans revenu, sans logement, sans réseau social... Il faut insister sur le fait qu'il s'agit d'une évolution et non d'un état dont le patient ne peut s'extraire. En dehors de l'hôpital, les personnes présentant des troubles mentaux ou des difficultés psychosociales passagères se trouvent prises dans ce même mécanisme de désinsertion, surtout lorsqu'elles sont isolées ou pauvres en liens sociaux ou familiaux.

La notion de désinsertion sociale telle que l'aborde le sociologue Vincent de Gaulejac, à savoir comme un processus qui se décompose en quatre dimensions principales et interdépendantes donne parfaitement corps à nos observations sur le terrain :

1° sur un plan économique

- Le cursus scolaire est souvent inachevé. La personne éprouve des difficultés à trouver un emploi et, souvent, n'a pas droit aux prestations sociales classiques. Dès lors, la seule possibilité restant offerte est d'en appeler avec patience et opiniâtreté aux régimes résiduels pour assurer des ressources financières. Une part importante du travail des intervenants consiste à remettre la personne dans ses droits.
- Généralement, la personne a peu d'années d'expérience professionnelle et/ou elles sont très lointaines, ce qui rend sa remise dans le circuit du travail très hypothétique. Le monde professionnel a des exigences telles qu'elles peuvent le rendre inaccessible à certains. A cela, on peut ajouter l'intolérance à la différence et le manque de temps consacré à l'intégration des travailleurs dont on exige, dès le premier jour, rentabilité et performance.
- Les ressources financières s'avèrent souvent trop faibles pour assurer les besoins basiques essentiels, tels le logement, l'alimentation, les soins de santé,... avec pour conséquences : une diminution de la qualité de vie et une dévalorisation massive de l'estime de soi.

2° sur le plan symbolique

Contrairement à un passé encore proche où le « fou du village » avait place et fonction (cfr. Geel), aujourd'hui, l'étiquette de « malade mental » marque profondément la vie de celui/celle qu'elle catégorise, l'isole, touche également son entourage et se répercute sur les représentations de la société dans sa globalité. Cette stigmatisation dévalorise l'individu et ne le rend guère enclin à se confronter à la réalité... Ce qui n'est pas sans conséquences, pour lui, du point de vue économique. Un travail d'encouragement et de renarcissisation est, dès lors, primordial.

La prise de conscience de cette dimension symbolique prend surtout de l'importance dans l' « après-crise », et plus particulièrement lors des essais de réinsertion.

3° sur le plan social.

Cette perte de la réalité, cette image de soi dévalorisée entraînent une perturbation, voire une rupture du lien social, et amènent inévitablement à une situation de repli sur soi. Les personnes se marginalisent alors très vite. Une part du rôle des travailleurs sociaux tant à l'hôpital psychiatrique que dans les Services de Santé Mentale de l'ambulatorio consiste à retisser des liens sociaux porteurs de sens pour ces personnes, sur lesquels elles pourront s'appuyer une fois sorties de l'institution.

4° sur le plan spatial - donnant accès à un environnement urbain de qualité

Pour la plupart de ces personnes, avoir un logement « privé » a du sens, un sens de normalité et d'insertion. Y accéder s'apparente pourtant souvent au parcours du combattant et pour plusieurs motifs : financiers, intolérance du voisinage, pragmatisme des patients, ... De plus les personnes sortant d'institutions psychiatriques ont, la plupart du temps, une capacité de mobilisation réduite dans un environnement perçu comme anxiogène. Le travailleur social visera alors une reprise d'autonomie de celles-ci, avec comme visée de les réinscrire dans leur projet de vie.

Les intervenants du terrain peuvent, à leur tour témoigner que :

- le désir de la plupart des gens ainsi rencontrés est d'avoir, dans la Cité, une place à part entière, avec les mêmes droits et devoirs que tout un chacun ;
- des lieux de vie, de parole, où les personnes peuvent « se déposer », exister pour elles-mêmes et être reconnues par l'autre, sont aujourd'hui trop peu nombreux.

Un deuxième groupe de personnes pour lesquelles le risque de désinsertion sociale est majeur est celui formé par les personnes précarisées, et en particulier ces personnes qui s'inscrivent dans une histoire de pauvreté depuis plusieurs générations, ceux du « quart monde » comme on dit souvent.

Ces personnes et familles nous interpellent singulièrement parce qu'elles vivent très souvent en situation d'exclusion (mauvaise réputation au niveau des voisins, des commerçants du quartier, de l'école, de la police, de la justice, des services sociaux, ...) alors même qu'elles mobilisent souvent un grand nombre

d'intervenants sociaux.

Elles présentent un certain nombre de « non-maîtrises » qui seront autant d'obstacles à l'insertion sociale et au changement.

Parmi celles-ci, les plus importantes semblent être :

a/ La non-maîtrise du « savoir » : certains ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer. Ils ont parfois juste assez de connaissances pour masquer ces déficits...

b/ La non-maîtrise des moyens d'action sur la réalité : le pauvre est souvent maîtrisé par les événements extérieurs. Les décisions se prennent en dehors de lui. Il est en situation de dépendance et développe un sentiment de fatalité.

c/ La non-maîtrise du temps : même si le temps peut s'inscrire dans une certaine durée (projet de fonder une famille, attente du retour d'un enfant placé, ...), la préoccupation essentielle est celle de l'immédiat, de la survie.

d/ La non-maîtrise de l'activité : quand il y en a, le travail est mal rémunéré et instable. Le plus souvent, il est cyclique, il permet de couvrir un besoin immédiat, ou encore il s'agit d'un système de « combines » qui ne tient pas longtemps.

e/ La non-maîtrise des relations avec autrui : comme tout homme, le pauvre a besoin d'être reconnu mais il a beaucoup de difficultés pour créer de vraies relations. Il a souvent peu confiance en lui et honte de sa situation.

La majorité des enfants se retrouvent dans l'enseignement spécialisé dès les premières années primaires. Très souvent les parents ont été placés au cours de leur enfance, et les enfants connaissent eux-mêmes des périodes plus ou moins longues de placement dans des institutions ou des familles d'accueil.

Même si différentes études, surtout nord-américaines, montrent que dans les régions économiquement les plus défavorisées, on compte une plus grande quantité de personnes présentant des troubles mentaux, nous pensons qu'il n'y a pas une corrélation simple entre pauvreté et santé mentale. Il faut faire intervenir différents facteurs parmi lesquels deux sont importants : le premier serait un facteur de concentration. Les milieux pauvres seraient des « lieux de refuge » pour les personnes à problèmes. Le deuxième est le processus de chronicité. La période de guérison serait plus longue car les conditions de vie empêchent de reprendre le dessus ou favorisent les rechutes. Les durées d'hospitalisation sont beaucoup plus longues quand il y a des problèmes sociaux.

La pauvreté économique en tant que telle n'est pas responsable de l'apparition de troubles mentaux, mais les conditions de vie, liées aux « non-maîtrises » dont nous parlions plus haut, peuvent entraîner un nombre important de problèmes existentiels et une souffrance psychique non négligeable (stress quotidien, vulnérabilité psychique, dépression, résignation, déni, ...). C'est en particulier sur le *plan symbolique* que les choses sont peut-être le plus difficile, du fait d'une confrontation aux normes stigmatisantes, invalidantes, qui entraînent l'intériorisation d'une identité négative,

une mauvaise estime de soi, un sentiment d'infériorité et de honte.

Le rapport de ces personnes avec les institutions chargées de les aider est très souvent négatif. Il y a un double sentiment de rejet et d'impuissance.

Il nous semble important d'évoquer ici le développement de plus en plus important de ce que J-F. Lavis (docteur en sociologie, coordinateur de la Plate-Forme de concertation de la région du Centre pour la santé mentale) et S. Faelli (psychiatre décédé récemment, qui a travaillé de nombreuses années au Centre de Guidance de La Louvière ainsi qu'au Centre de Guidance de Binche) appellent le collectif abstrait qui peut se définir comme un ensemble de lois et réglementations classant les personnes en catégories administratives prédéterminées. Les rubriques sont nombreuses : chômeurs, minimexés, invalides, handicapés,... Si l'assignation officielle de la catégorie donne droit à des avantages et des protections, elle ne va pas sans stigmatisation et entraîne une énorme dépendance et un sentiment d'inutilité.

Illustration s'il en est besoin, que dans toute société, un système d'assistance ne peut se structurer qu'à partir d'un clivage entre « bons » et « mauvais » pauvres. (cfr R. Castel)

L'individu est donc pris entièrement dans ce collectif abstrait. Il est dépendant.

Parallèlement, la société actuelle l'individualise d'avantage. L'air du temps a changé. Il est plus à la fixation d'objectifs individuels que collectifs.

Ce qui amène de plus en plus d'organismes d'aide tels que CPAS, Aide à la jeunesse, Ecoles et Centres PMS,... à «contraindre» les personnes à voir un psychologue, à se faire «soigner». On glisse alors vers une condition supplémentaire pour «avoir droit à...». Mais comment la personne prise dans ce collectif abstrait peut-elle retrouver une *parole authentique*, une *parole à soi* qu'on essaie de faire émerger dans un processus psychothérapeutique ? D'autres questions aussi viennent à l'esprit : qu'en est-il du secret professionnel dans ces conditions ? Comment peut-on «soigner» sur injonction d'un organisme d'aide ?

De plus, bien souvent, les pauvres ont un préjugé défavorable vis-à-vis des psychologues et psychiatres. Ce qui est bien compréhensible au vu des circonstances dans lesquelles se passent généralement les rencontres : échec scolaire, orientation en enseignement spécialisé, décision de justice suivi de placement, internement pour alcoolisme,...

Il y a aussi le risque du regard psychiatrique dont parle A. Piquard, lorsque le psychiatre ou le psychologue sélectionnent dans le discours de l'autre des éléments qui prennent sens pour eux en oubliant que certaines choses explicitées ou non par le patient peuvent faire référence à une réalité que le thérapeute ignore et parfois ne peut même pas imaginer.

L'évolution actuelle de la société, l'apparition de l'Etat social actif redéfinissent la pauvreté avant tout comme un problème individuel. On ne parle plus d'égalité mais d'égalité des chances. On repense l'équilibre

entre responsabilités individuelles et collectives. Le réseau de sécurité des droits doit être un tremplin vers la responsabilité personnelle. On remet en question la séparation entre responsabilité (volontaire) et circonstances (involontaires), l'idée d'accident de parcours est réduite à portion congrue.

La tendance à la psychologisation de l'aide sociale va dans le même sens, c'est-à-dire à une individualisation des problèmes, comme si la pauvreté était le résultat d'une somme de facteurs individuels isolés sous forme de manque et de carences. On imagine ce que l'application, sans réflexion ni débat, de telles références sur des interventions de santé mentale peut amener en définitive comme charge supplémentaire sur des personnes en détresse.

Or, nous savons que la pauvreté est avant tout l'expression d'un rapport social, d'une relation entre les hommes. Elle s'inscrit dans l'ordre économique libéral. Elle n'est pas sans raison ni fonction. D'où la nécessité d'une analyse sur ce qui socialement la produit. Nécessité d'interpeller aux différents niveaux politiques, nécessité de mettre en question ce rapport social.. Mais est-ce à la «santé mentale» à faire ce travail ? Sans doute, car trop souvent notre façon de travailler risque de maintenir un système social qui produit la pauvreté et la désinsertion. Dans de nombreuses circonstances, nous nous voyons obligés de valoriser le système d'assistance-réparation (collectif abstrait) car nous n'avons pas d'alternatives. Sans doute aussi et surtout si l'ouverture à ces questions permet une réflexion et une mise en place de modèles de bien-être progressistes, aussi éloignés que possible d'une aide conditionnée.

Nous ne pouvons terminer sans faire mention des initiatives locales qui existent sur le modèle du développement communautaire. Modèle suffisamment opérant dans le travail avec les familles les plus pauvres. Ce type d'action vise à augmenter la socialité, c'est-à-dire la qualité relationnelle du tissu social (participation, meilleure estime de soi, confiance, changement du regard de l'autre, élargissement des relations,...). Il nous semble urgent que les pouvoirs publics soutiennent efficacement ces initiatives et en suscitent de nouvelles.

Des études pourraient aussi être faites sur l'impact suscité par les modes d'attribution des aides du CPAS ou des appartements dans les habitations sociales, impact sur les structures familiales et les relations entre les membres de la famille (situation conjugale, la place du père,...). Le père dés-inséré dans sa famille peut-il s'insérer socialement ?

Bruxelles, juin 2004

Avec la contribution de Charles Burquel, Nadine Demoortel, Manu Gonçalves, Françoise Herrygers et Eric Messens.

CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Coll. Folio Essais.

FAELLI S. et LAVIS J-F. *La psychiatrie sociale : langages et exercice dans la transition culturelle*, Acta psychiatria, 1998.

PIQUARD A. et coll. *A la rencontre de l'enfant très défavorisé ou ambiguïté du regard psychiatrique sur « ces gens là »*, Psychiatrie de l'enfant, XXX,1. 1987.

Des espaces collectifs créateurs de santé mentale

Dominique BARE,
Responsable du C.R.I.C.

Magali HIRSOUX,
Psychologue -Animatrice

1. Introduction

Depuis plusieurs années, l'optique de l'aide sociale a considérablement évolué. Ainsi, les C.P.A.S. (devenus Centres Publics d'Action Sociale) ont progressivement élargi leur rôle premier d'assistance matérielle et de remise à l'emploi des plus démunis. Privilégiant une lecture globale des situations individuelles rencontrées, les travailleurs sociaux observent alors un amalgame de problèmes matériels, affectifs, médicaux, juridiques, financiers et mentaux. Les difficultés sociales (logement, emploi, insertion, précarité, problèmes judiciaires, éducatifs...) auxquelles ils doivent répondre sont souvent aggravées par des difficultés d'ordre familial ou des perturbations psychologiques qui relèvent parfois de la psychiatrie.

Toutes ces observations aboutissent alors au même constat : une série de personnes vivant dans la précarité souffre d'un mal-être psychique réel, qui lui-même devient un frein à leur insertion dans des modalités «habituelles» de fonctionnement social.

Dans ce contexte, le C.P.A.S. de Soignies a compris l'importance de privilégier la complémentarité entre l'accompagnement individuel et l'action collective en offrant au public précarisé des espaces de vie créateurs de santé mentale. Depuis 1997, le C.R.I.C. (Centre de Ressources Individuelles et Collectives du C.P.A.S. de Soignies) oeuvre dans cet esprit. Aujourd'hui, ce service d'insertion sociale est aux premières loges face aux difficultés, aux détresses et à la marginalité d'une population "hors liens" qui est, également, on ne peut plus hétérogène. A côté des personnes en souffrance affective, relationnelle, existentielle et sociale s'y rencontrent d'autres qui présentent des troubles psychologiques importants (problèmes d'addiction tels que l'alcoolisme ou les toxicomanies, les troubles alimentaires, les troubles compulsifs, le repli sur soi, les conduites de retrait ou de fuite, les marques d'agressivité ou d'instabilité). Autant de comportements qui sont liés à la dépression : maladie de l'insuffisance, du vide et de l'incapacité à agir dans une société qui survalorise l'action.¹

Le point d'ancrage de notre travail articulant le social et le psychologique reste cependant la fragilité ou

même l'absence du lien social. Par la création de divers groupes, se présentant comme autant de prétextes à l'établissement (ou plus souvent au «rétablissement») d'une relation avec l'extérieur, nous misons sur le potentiel du Lien.

2. Quelques principes de travail

Résilience et empowerment

Notre premier principe s'appuie sur la conviction que chaque personne a en elle les capacités de rebondir face à sa situation. Ainsi, plutôt que d'insister sur les carences observées chez les individus, nous tentons de repérer et de favoriser ce qui pourrait constituer un facteur de résilience. Pour l'un, ce sera le développement de ses capacités créatives (dessin, céramique, théâtre...), pour l'autre la possibilité de trouver une oreille attentive et bienveillante ou encore le fait de se sentir accepté et reconnu au sein d'un groupe... Quel que soit le médiateur utilisé, notre travail a pour but d'engager une dynamique de «mieux-être au monde», un cercle «vertueux» où la personne participe elle-même à sa réinsertion.

Dans ce sens, l'insertion sociale consistera à réveiller des compétences enfouies, à développer un savoir singulier, pour révéler à la personne et à son entourage qu'elle peut se faire confiance et avoir du pouvoir sur son existence.

L'importance du réseau social

Tous les individus ne vont pas affronter une situation de vie avec le même bagage. Ce bagage dépend de la quantité et surtout de la qualité des ressources disponibles dans l'environnement immédiat. Ainsi, plus le réseau social est important et de qualité, plus la personne sera capable d'affronter les difficultés de la vie ou événements traumatiques. Lorsque les personnes se présentent au C.P.A.S., elle n'ont pour la plupart qu'un soutien social faible ou nul, ce qui les rend davantage vulnérables.

L'espace collectif que nous proposons aux personnes encourage la création d'un réseau social en leur permettant de (ré)expérimenter la relation à l'autre dans un cadre sécurisé. De prime abord artificiel (au sein du Centre), cet espace se veut être un lieu de passage et de transition vers une nouvelle façon d'être en société.

La prévalence de la relation

Grâce aux contacts établis lors des différents ateliers, les travailleurs sociaux deviennent des personnes de confiance pour les participants, en quelque sorte des «tuteurs de résilience». Cette rencontre authentique entre l'usager et le professionnel est nécessaire au travail de «co-production» qui est le nôtre. Tout est alors prétexte au contact, tant dans les moments formels qu'informels... en faisant la vaisselle avec l'un, en allant faire des courses avec l'autre, en étant présent pendant les pauses, dans la voiture... Ce contexte relationnel permet de nouvelles possibilités d'action commune où l'intervenant accompagne l'usager tout au long de son parcours de réinsertion sociale (souvent caractérisé par des allers-retours).

En outre, ces espaces collectifs que nous proposons permettent aux personnes de sortir de leur isolement l'espace de quelques heures pour aller à la rencontre d'autres. Par le partage d'expériences, l'entraide, l'établissement de projets de groupe ou encore la construction d'un savoir commun, les participants se mettent en relation et se replacent progressivement en tant que « Un parmi et avec d'autres ».

Enfin, à côté des possibilités de création de nouveaux liens sociaux au sein de nos ateliers, nous accompagnons le désir de « renouer » ou de « rétablir » des relations antérieures qui ont été significatives pour la personne.

L'expression et la créativité

Selon Broustra², l'expression est une manière de produire des formes langagières de l'intérieur vers l'extérieur de soi... au risque des autres. L'expression présente une fonction libératoire et produit des effets cathartiques qui permettent à l'individu de poser un regard neuf sur lui-même.

Principalement pour notre public, nous pensons que l'expression par la parole ne suffit pas. Lorsqu'elle devient répétitive, redondante et ne permet plus de « parler », il est nécessaire de multiplier les formes d'expression, pour que chacun puisse y trouver son mode préférentiel.

Dans un premier temps, l'individu a besoin de déverser son «trop plein» d'émotions, de colère, de tristesse, de frustration. Il importe donc de reconnaître l'expression brute de la personne tout en l'accompagnant dans un second temps vers une distanciation de sa problématique et un possible dépassement de soi au travers des activités artistiques.

«La souffrance est séparation, l'art est une source créatrice du lien» dit J. Foucart³ dans son texte conclusif. Nous avons choisi d'utiliser la créativité comme moyen d'expression citoyenne, outil d'épanouis-

sement personnel et espace créateur de lien social.

Comme le précise Winnicott⁴, La créativité est un processus de va et vient entre la réalité partagée et la subjectivité. Elle seule permet que l'approche de la réalité ne se réduise pas à un rapport de soumission, mais soit envisagée au contraire comme offrant des possibilités d'aménagement et de transformation de cette réalité. La créativité tend ainsi à réduire l'écart entre le monde tel qu'il est et le monde tel qu'il est rêvé.

Les enjeux de l'insertion étant, pour nous, prioritairement d'accompagner chaque personne sur le chemin d'une reconstruction identitaire et de l'élaboration de son projet de vie, notre expérience nous apprend que c'est dans la créativité que prend corps ce sentiment d'exister, d'être réel et de pouvoir se projeter dans un possible devenir.⁵

3. Quelles réponses possibles

Articulation entre pratique individuelle et collective

Force est de constater que la réponse exclusivement individuelle à ses limites. La consultation «traditionnelle» individuelle ou familiale ne semble pas correspondre aux attentes et aux besoins de ce public.⁶

La constitution de groupes, la création de lieux de rencontre et d'échanges entre participants sont pour nous des outils fondamentaux, créateurs de santé mentale.⁷ A ces personnes souffrant de déficit de lien social, nous proposons différents espaces de vie et de création.

- Le séjour familles

Depuis l'été 2003, nous organisons chaque année un «séjour familles» d'une semaine (dans les Ardennes belges, puis à Wimeroux (côte d'Opale – France), le lac de L'Eau d'Heure et la frontière allemande. Ce projet marque la concrétisation de l'articulation entre le travail d'insertion sociale et celui relatif à la santé mentale.

Comme le précise Didier Vrancken (2004)⁸, aujourd'hui, le but de l'action sociale n'est plus d'exercer une pression sur l'individu pour le faire rentrer dans des normes préétablies. Il s'agit bien plus de "produire du social" là où précisément le lien apparaît comme pris à défaut. Produire du social c'est, dans cette optique, mobiliser l'individu, ses relations, ses ressources, ses aspirations, ses affects, ses désirs, pour l'insérer socialement.

En ce sens, par la création de rituels propices à restaurer du lien social (les participants font les courses, la cuisine, ils dînent ensemble et investissent la "maison", ils jouent à des jeux de société ou discutent autour d'une tasse de café...), cet espace de vie collective redonne du sens à une existence singulière et, pour la plupart d'entre eux, empreinte de solitude. Même limité dans le temps, le séjour permet d'engager un mouvement de la personne vers le collectif, vers l'autre. Ceci sera des plus bénéfique pour l'intégration ultérieure dans les groupes du CRIC.

Du point de vue santé mentale, il s'agit souvent d'aider

la personne à produire du récit pour tenter de "rapiécer" les éléments épars d'un parcours de vie qui apparaît souvent complexe, éclaté. La désaffiliation est non seulement une perte de lien, mais aussi une perte de repères et de sens. C'est ainsi que nous accordons une grande importance à la narration du récit et celle-ci entraîne souvent le besoin d'un suivi plus individualisé.

Pendant cinq jours, outre le travail collectif qui a été réalisé, les animateurs ont partagé le quotidien avec chacun des participants, en lien direct avec les problématiques individuelles observées tout au long de l'année. Les problèmes d'alcoolisme, d'anxiété, de peur de l'inconnu, les difficultés relationnelles, le manque d'autonomie et de confiance en soi... ont pu être observées et appréhendées dans «l'ici et maintenant». Ceci nous a permis de réaliser un véritable bond dans la compréhension de certaines situations cliniques.

Lieu de parole et d'expression

- L'atelier Internet

Tout d'abord vu comme un atelier d'initiation à l'informatique et à l'utilisation d'Internet (dans le cadre de la réduction de la fracture numérique), le groupe Internet s'est révélé être un lieu propice à l'expression.

L'année dernière, les participants, devenus pour l'occasion webmasters, ont créé un site Internet (www.elgazette.be).

Celui-ci présente les projets collectifs du CRIC, mais aussi des pages personnalisées où chacun a exposé ses passions et intérêts, ses doutes, difficultés et révoltes. Tout en sachant que ces différents articles sont soumis aux commentaires des visiteurs.

Au fur et à mesure, nous avons pu observer l'effet cathartique du site (tant pour les rédacteurs des textes que pour les visiteurs du site). C'est ainsi que des échanges de commentaires et des textes de plus en plus profonds ont vu le jour. Ce qui, à notre sens, ne se produirait peut-être pas en groupe. Le réseau Internet est devenu, dans notre société, un moyen d'expression important. Et ceci s'est révélé vrai également parmi notre public.

Cette année, les «anciens webmasters» continuent à alimenter le site, tandis que les nouveaux participants sont initiés à la gestion du site et à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

- L'atelier photo

La photographie comme moyen d'expression... Les participants sont amenés à photographier la vie de leur ville, de leur village, à aller à la rencontre d'autrui. Ils créent de petites mises en scène représentatives de leur état de penser qu'ils immortalisent par un clic. Ensuite, ils se déplacent dans un labo pour développer leurs propres photos (en noir et blanc).

Les différentes créations serviront de base à l'expo photo que le groupe présentera en fin d'année.

- Le groupe Parl'Action

Comme son nom l'indique, ce groupe favorise la parole et l'action pour les participants qui, bien sou-

vent, en ont perdu les moyens et la confiance.

A partir de différents thèmes tels que la politique (en cette période d'élection), la discrimination, la sécurité... nous permettons aux personnes d'exprimer et d'échanger leurs opinions, de faire évoluer les «clichés», mais aussi d'interpeller les responsables d'institutions (auxquelles ils ont souvent l'impression de ne pas avoir accès).

Bref, ce groupe encourage la prise de position et la réflexion citoyenne.

- L'atelier de théâtre-action

Depuis 2004, nous collaborons avec la Compagnie du Campus de La Louvière afin de créer une pièce de théâtre. La dernière production était centrée sur la solitude et l'impossibilité de communiquer. Cette pièce appelée «Self Service» évoque la révolte des auteurs-acteurs du projet contre la solitude, l'absence de communication authentique et le manque de solidarité. Plusieurs représentations ont été programmées et tous sont satisfaits du résultat.

Cette année, la nouvelle pièce appelée «Cocote minute» évoque les différentes formes de pressions subies par tout un chacun et se répercutant dans leur propre rapport au monde. Pression au travail, avec les voisins, la famille, la police, dans la rue, pression de la société de consommation, pression de l'image...

La démarche implique une mise en mouvement des corps et un travail sur l'expression verbale et non-verbale souvent inhibés par des années «d'écrasement» par tels ou tels problèmes rencontrés par les personnes. Les résistances sont dures, mais un travail progressif d'exploration de soi permet souvent de «lever les interdits».

Le metteur en scène et l'animatrice du C.R.I.C. travaillent à partir d'improvisations et d'opinions personnelles sur des thèmes précis. Même si les exercices sont loin du "psychodrame", très souvent, les participants confient une souffrance importante et libèrent leurs émotions et souvenirs douloureux à partir d'images apportées ou de débats sur le thème.

Ces ateliers ne sont pas des ateliers thérapeutiques, ils sont des ateliers d'expression qui visent le lien social, la valorisation, la reconnaissance, une meilleure image de soi. Néanmoins, de par la démarche globale qui y est associée, ils provoquent des effets thérapeutiques évidents.

Lieu de remobilisation

- Web-reporters

Véritable lieu de remobilisation, ce groupe réalise divers reportages multimédias dans la région. Ils interviewent, prennent des photos, font des recherches, contactent des personnes telles que le Bourgmestre ou la responsable de la ligue des droits de l'homme.

Les différents reportages sont ensuite montés (montage du son et des photos, initiation à la mise en page...) pour être finalisés par la mise en ligne (via le site www.elgazette.be) et par la création d'une émission radio. Les effets de revalorisation et de remobilisation sont visibles. Les personnes se montrent fières de leur production et le groupe apparaît être l'un des plus soli-

daires et soudés du CRIC.

Cette année, nous recommençons l'expérience avec des personnes en situation de «chômage de longue durée» en la couplant par une recherche sur le lien entre la participation à l'atelier Web reporters et l'augmentation de l'estime de soi.

- Cyber-espace

Le parc informatique du CRIC est mis à disposition du public librement et gratuitement une demi-journée par semaine. Les participants peuvent ainsi rechercher un logement, un emploi, des informations sur Internet, ou encore discuter et rester en contact avec leur famille (c'est le cas des personnes en initiative locale d'accueil ou simplement originaires d'un autre pays). L'animatrice, présente pour les guider et les aider dans leur recherche, peut également établir un contact personnalisé centré sur l'intérêt des participants.

- Atelier bien-être et rendez-vous culture

Dans ce groupe, nous encourageons l'intérêt des participants sur le monde qui les entoure et particulièrement envers la culture, l'histoire, l'art. Découvrir le monde extérieur pour prendre de la distance par rapport à ses problèmes personnels, pour souffler et prendre du plaisir à vivre. Le groupe visite des villes, des sites, des musées, des parcs, assiste à des représentations théâtrales, des expositions et conférences.

Suite à ces visites, les participants créent des mini-reportages (avec prises de photos, récolte de documents, d'informations sur les visites et recherche sur Internet). Les écrits sont ensuite mis en ligne via le site www.elgazette.be.

- Modules de socialisation

Les modules de socialisation sont destinés aux personnes bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale qui n'ont pas pu s'insérer dans une voie habituelle de réinsertion socio-professionnelle.

L'objectif de ce module est d'aider les participants à :

- formuler un ou plusieurs projets de vie (en d'autres mots à se projeter dans l'avenir);
- renouer avec l'expression (retrouver les moyens d'exprimer leurs souffrances, leurs plaisirs et désirs par le biais de l'écriture, du dessin, du bricolage...).

Dans ses aspects psychosociaux, ce module travaille essentiellement le rapport au temps. Pour pouvoir se projeter dans l'avenir, il faut aussi pouvoir se "réconcilier" avec son passé et apporter des changements positifs au présent. Ceci constitue un travail qui aide les participants à construire progressivement un projet de vie et qui se rapproche du travail de "perlaboration" en psychanalyse.

Au niveau de l'Action Sociale, l'animateur de ce module joue un rôle essentiel dans l'analyse et la compréhension des situations rencontrées, de même que dans l'élaboration des modes d'accompagnement proposés. Il est garant du "principe de réalité" à travers l'éclairage social qu'il apporte pour appréhender et comprendre le vécu et la demande des usagers. Il est là pour rappeler qu'un sujet en souffrance est aussi un

être social qui s'inscrit dans un réseau socio-familial plus ou moins développé, qui a un niveau de vie plus ou moins satisfaisant, qui est détenteur ou non d'un emploi...

4. Conclusion

Notre expérience nous montre à suffisance que ce travail d'articulation entre l'accompagnement individuel et le collectif produit des effets thérapeutiques observables. En effet, dans le chef de chaque participant, nous pouvons constater des changements importants dans la perception qu'ils ont de leur existence et de ce qu'ils veulent en faire. Quel que soit le médiateur utilisé, la rencontre d'êtres humains dans un cadre professionnel, sécurisant, convivial et accueillant participe à la création de «bonne santé mentale»⁹.

Nos actions collectives sont directement liées au suivi individuel, puisqu'elles offrent la possibilité aux gens de reprendre du pouvoir dans la maîtrise de leur vie, en organisant avec eux des activités valorisantes qui leurs permettent d'emmagasiner des ressources utiles dans leur situation.

Se situant au carrefour du psychique et du social, notre dispositif est pluridisciplinaire et multi-référentiels : groupe d'accueil, de parole, d'orientation, temps de permanence, actions à visée préventive, travail en réseau.

Au travers du collectif, nous construisons une démarche individuelle qui, elle-même, nous donne les moyens de revenir vers le collectif. Ainsi, l'expérience de groupe que vivent les participants fait émerger des demandes et besoins individuels. En parallèle, l'accompagnement individualisé qui est mis en place avec chacun d'eux permet d'entamer une réflexion et un travail sur leur façon "d'être au collectif" et plus largement leur façon "d'être au monde". Une expérience réussie dans le groupe permet de la revivre en dehors du groupe.

1. Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998
2. Broustra J. *L'expression*, ESF, Paris, 1996.
3. Foucart J. *Formes symboliques, esthétique et lien social*, in Parole, Pratiques et Réflexions du Social, Création culturelle et (re)construction du social, Collection «Pensées Plurielles», Revue n°4, Haute Ecole Charleroi Europe, 2002.
4. Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1971.
5. Baré D. *La créativité colore le service d'insertion socioprofessionnelle à Soignies*, in Enjeux de la Créativité, réflexions et perspectives ; Direction générale de la Culture du Ministère de la Communauté Française de Belgique, 2003.
6. Baré D. *Quand le social peut avoir des effets thérapeutiques*, L'Observatoire, septembre 2003, p.77
7. Baré D. *L'action collective créatrice de santé mentale : l'expérience du CPAS de Soignies*, in CPAS+, n°11, novembre 2003, p.134.
8. Vrancken D. *La santé mentale, champ pertinent de l'action sociale*, in Confluences, n°5, mars 2004, p.16
9. Baré D. *Quand le social peut avoir des effets thérapeutiques*, in L'Observatoire, n°39, septembre 2003

S.S.M. Antonin Artaud: un concept de psychiatrie sociale

Sylvie BASTIN,
assistante sociale au S.S.M. A. Artaud

Le Service de Santé Mentale Antonin Artaud existe depuis plus de 30 ans et a vu le jour grâce au souci grandissant de ses fondateurs de «désinstitutionnaliser» l'aide et les soins apportés aux personnes présentant des troubles psychiatriques persistants.

Dès le départ, le Service proposait un accueil et une disponibilité vis-à-vis de la population bilingue de la ville de Bruxelles.

Situé en son coeur, il a atteint une population très différente de celle habituellement prise en charge par d'autres Services de Santé Mentale.

Sa particularité tient dans le fait que cette population est constituée d'un ensemble de personnes à risque, susceptibles de développer des troubles physiques et psychologiques pour des raisons de contexte économique, social, urbain, culturel, relationnel en plus des problèmes de dynamique psychique individuelle.

En effet, le quartier présente une concentration d'immeubles de rapports mal entretenus et d'appartements meublés ainsi qu'un grand nombre de logements sociaux peu coûteux.

L'anonymat que ceux-ci engendrent devient un pôle d'attraction pour une population marginalisée, isolée et socialement fragile.

D'après nos statistiques, 58% de nos patients souffrent de psychoses, 21% sont diagnostiqués borderline et seulement 9% bénéficient du revenu d'un travail (88% bénéficient de pensions et 3% n'ont pas de revenu).

Plus ou moins 4 personnes sur 10 ont une autre nationalité que Belge et parmi les Belges, il y a beaucoup de naturalisés.

La combinaison «pauvreté» et problèmes de santé mentale demande une approche spécifique ; au fil des années, le S.S.M. Antonin Artaud s'est donc distingué dans l'approfondissement des soins de patients présentant des troubles psychiatriques chroniques, qui s'accompagnent souvent de problèmes sociaux importants. Il s'est orienté vers la pratique d'une psychiatrie sociale qui privilégie le traitement du patient dans son environnement naturel, en étroite collaboration avec sa communauté de vie et la société en le reconnaissant

comme citoyen à part entière.

La psychiatrie sociale est une approche multidisciplinaire qui apporte aux personnes présentant des problématiques psychiatriques de longue durée, les soins nécessaires qui leur permettent de vivre en autonomie, dans leur propre contexte. Les dimensions qualitatives suivantes doivent être présentes et si possible, réalisées :

- les soins doivent être appropriés (type de soignants, fréquence....) pour permettre à l'utilisateur de réaliser ses propres buts.
- orientation vers la société : utilisation au maximum des structures et des services ouverts à tous les citoyens.
- désinstitutionnalisation : limite dans les soins donnés, la mise en place de «règles» qui n'ont rien à voir avec les besoins du patient.

Voici un exemple type de suivi témoignant du lien entre santé mentale et précarité sociale, d'une dégradation tendant vers la pauvreté liée à une pathologie :

Mr. X a 40 ans et est d'origine étrangère. Il vit en Belgique depuis 20 ans avec sa femme et ses enfants. Remarquons déjà, pour les personnes issues de l'immigration, l'augmentation du risque «d'écart» entre parents et enfants ainsi que l'augmentation du risque de pauvreté.

Mr. X tombe malade, perd son travail et bénéficie d'allocations d'invalidité.

Sa famille le quitte et sa santé se détériore de plus en plus.

Mr. X décompense, ne paye plus son loyer, «ne s'occupe plus de rien», ... et finit par être expulsé de son logement pour se retrouver en rue avec tous ses meubles et ses deux chats.

Il erre dans la rue quelques jours et tombe sous la mesure d'une mise en observation.

C'est dans le cadre d'une levée de cette mesure à l'essai et sous condition de tutelle médicale et sociale que Mr. X est entré en contact avec le S.S.M Antonin Artaud.

Une organisation et des méthodes qui particularisent l'offre de soins

Il va de soi qu'une structure, qui se donne comme objectif d'offrir la Santé Mentale à ces groupes de personnes à risque, se doit d'être organisée de manière spécifique et d'utiliser des méthodes spécifiques.

Nous accordons une importance très particulière à assurer l'accès à tous, en insistant sur la disponibilité, la mobilité des soins ambulatoires ainsi que sur la diversité des suivis.

Le fait que le Service soit bien intégré dans son environnement proche constitue un élément important de prévention.

L'accessibilité

Le Service de Santé Mentale A. Artaud est ouvert tous les jours ouvrables de 9h.00 à 18h.00, sans interruption. Un soignant assure toujours la permanence durant les heures d'ouverture. La permanence est un des piliers du centre car elle permet des soins souples et rapides ainsi que la réponse aux situations urgentes dans lesquelles nos patients sont susceptibles de se retrouver. Dans certains cas, les consultations sont gratuites. Le paiement des consultations psychiatriques se pratique selon le système du tiers payant car, selon notre expérience, cela contribue à leur usage adéquat.

Nous n'avons pas de liste d'attente et dans la mesure où la demande de suivi ne peut être assurée, nous orientons les patients vers d'autres centres.

Les personnes qui font appel à nous et qui résident sur notre territoire sont reçues pour un premier entretien.

La mobilité

a) le suivi à domicile

Depuis l'existence du Service, nous nous sommes orientés vers un accompagnement de personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques vivant chez elles ou qui désirent retrouver cette autonomie. Notre point de départ est notre souci constant d'offrir l'aide et les soins dans un cadre ambulatoire en évolution permanente. Il est donc de notre avis que les personnes ayant séjourné longuement dans les institutions psychiatriques n'arrivent plus, pour diverses raisons, à réaliser leur aspirations personnelles.

(13% de nos patients vivent en institution, 58% vivent seuls et 16% vivent en famille)

De plus, nous considérons qu'un premier aspect de réintégration consiste à donner à ces personnes le sentiment qu'elles sont responsables de leur vie (et qu'elles peuvent donc retrouver leur autonomie) en leur laissant prendre leurs propres décisions.

C'est ce processus que nous tentons de soutenir dans notre travail. Nous aimons penser que cette aide se situe aussi bien dans le cadre de la guérison que des soins, selon le concept «cure and care».

Pour ce groupe de personnes, l'accompagnement se fait à long terme.

Plus de 55% de nos patients sont suivis depuis plus de 5 ans, dont 17% depuis plus de 15 ans et 10% depuis plus de 20 ans.

b) les visites à domicile

La majorité des personnes en demande d'aide ou d'accompagnement viennent se présenter à notre centre. Néanmoins, si cela s'avère nécessaire, nous faisons également le premier contact à domicile.

La visite à domicile est un des instruments de travail adapté de manière consciente aux stratégies d'accompagnement.

Elle se font soit par un(e) assistant(e) social(e), un(e) infirmier(ère) psychiatrique, un(e) psychologue ou un(e) psychiatre. Ces modalités sont traitées au cas par cas.

Environ un quart de notre activité se déroule à l'extérieur du centre.

Grâce aux visites à domicile, l'aide devient plus accessible, particulièrement en ce qui concerne les défavorisés. Il s'agit d'une reconnaissance de la place et de la présence du client dans la société, d'un travail concret dans et avec l'entourage.

Ces visites présentent également de nombreux avantages thérapeutiques et éducatifs grâce aux éléments concrets de réalité qu'elles mettent en évidence.

Les soignants

a) pluridisciplinarité

L'offre de soins s'apporte à différents niveaux et l'équipe se doit donc d'être multidisciplinaire. Elle se compose de psychiatres, psychologues, assistants sociaux et infirmiers psychiatriques.

b) disponibilité

La disponibilité des soignants se veut importante. De manière à atteindre notre objectif, nous proposons d'offrir un éventail de soins et d'accompagnement plus conséquent et moins classique, en supplément de la gamme élémentaire qui se constitue habituellement de suivis sociaux, soins infirmiers, diagnostics et accompagnements psychologiques et consultations psychiatriques.

Un grand nombre de démarches sociales et administratives sont effectuées avec les personnes que nous encadrons ; l'accompagnement à la banque, l'hôpital, la mutuelle, ... En parallèle avec notre rôle social et/ou administratif, notre rôle éducatif est également très important. Accompagner ces personnes nous permet de leur apprendre à gérer la vie quotidienne.

c) un outil de travail : « Le case management »

Dans notre pratique quotidienne avec les personnes souffrant de troubles psychiatriques persistants, qui vivent de façon autonome, il semble primordial qu'un intervenant ait une vue globale des problèmes, du niveau de fonctionnement et des possibilités offertes par les autres institutions d'aide.

Cet intervenant, nous le nommons «Case Manager».

Il coordonne l'ensemble et assure la continuité de l'aide si celle-ci se prolonge.

Au sein même du Service, le «Case Manager» collabore avec les autres soignants qui, de par leurs compétences personnelles, leurs outils de travail, arrivent à une forme d'aide globale.

Les activités du «Case Manager» sont variées et diversifiées de par ses contacts avec d'autres Services et Centres. Il s'agit aussi bien de coordinations que d'interventions, de renvois à d'autres instances, d'offre de conseils, de protection des droits du patient, ...

Le travail de/en réseau

Le service est situé au même endroit depuis plus de trente ans et notre objectif est d'intégrer un Service de Santé Mentale dans le réseau des soins de proximité. Nous entretenons de nombreux contacts aussi bien formels qu'informels avec toutes les institutions sociales environnantes.

Ces liens nous permettent, dans le cadre de nos suivis, de faire facilement appel à d'autres Services ou Institutions pour des soins complémentaires aux nôtres et donc, la création d'un réseau social autour de nos patients.

Les contacts fréquents et rapides avec d'autres Services et Institutions contribuent également à l'intervention précoce ainsi qu'à une prévention primaire.

Nous travaillons de façon régulière avec une cinquantaine de Services et/ou Centres de tous genres (62% de nos demandes viennent des services de première ligne et 38% viennent du secteur résidentiel).

Développements spécifiques au cours du temps

1) la psycho-gériatrie

L'accompagnement des patients psycho-gériatriques est spécifique dans la mesure où l'état de ces patients est susceptible d'évolution rapide et que le suivi doit donc être régulier et fréquent. Il s'articule autour du diagnostic à domicile, la coordination, le suivi à domicile, le travail avec l'environnement ainsi que les formations et les supervisions. 15% de nos patients ont plus de 60 ans.

2) La collaboration avec les institutions du secteur sans-abri :

Partant des constats de l'augmentation du nombre de sans-abri présentant des troubles d'ordre psychiatrique et de l'inadéquation entre l'accessibilité des Services et la demande, le S.S.M. A. Artaud a développé une méthodologie pro-active de travail avec ce public dans la collaboration avec plusieurs institutions du secteur.

La volonté de « désinstitutionnaliser » l'aide aux patients psychiatriques ainsi que le choix de la localisation du S.S.M. A. Artaud a permis l'accès aux soins à une population spécifique de personnes présentant

une problématique psychiatrique cumulée à des difficultés sociales importantes.

L'aide et le Soins se sont organisés selon des concepts et méthodes adaptés au public accueilli tels que l'accessibilité, la mobilité, le travail en réseau, le suivi global, ...

Le Service reste proche de son public et attentif à son évolution en élaborant, au fur et à mesure de ses constats, des développements et des projets particuliers.



La Pioche, Service de Santé Mentale à Marchienne Docherie

Anne de REUCK,
psychologue, thérapeute familiale au S.S.M. La Pioche

C'est en 1978 que le Service de Santé Mentale s'implantait à Marchienne Docherie, commune de Charleroi "repérée" à l'époque, comme souffrant de manque d'infrastructures sociales et sanitaires et abritant, vu le déclin économique, une population de familles de plus en plus marginalisées (carences au point de vue de la santé, de l'emploi, du logement, de la scolarité, de l'éducation des enfants...).

Dès le départ, notre souci a été de rendre accessibles à ces populations vulnérables les soins de santé mentale et de réfléchir à créer, à affiner des outils, des méthodes pour rencontrer ces personnes "victimes" de l'exclusion sociale et se tenant à distance souvent avec méfiance des services psycho-médico-sociaux.

Aussi, au fil des années à côté des consultations classiques proposées par les Services de Santé Mentale, des interventions diverses se sont développées, comme :

- une permanence psy à la consultation des nourrissons du quartier;
- des ateliers créatifs et thérapeutiques pour enfants;
- un lieu communautaire pour les familles dit "Maison des Familles";
- un appui important à une structure d'accueil pour jeunes enfants, "La Maison Ouverte";
- une initiative d'insertion socioprofessionnelle par le biais d'un atelier de repassage dit "Carolomannes";
- une décentralisation de nos interventions sur des lieux de formation à l'insertion professionnelle.

Des évaluations et des temps de supervision institutionnelle nous permettent de réaffirmer régulièrement notre motivation à veiller à ce que nos dispositifs de soins puissent être utilisés par des personnes en rupture sociale.

Mais pour être efficaces dans la réalisation de nos objectifs, nous constatons aujourd'hui plus qu'hier,

qu'il nous faut "compter" avec un véritable réseau de partenaires. La personne en souffrance psycho-sociale ne va pas d'elle-même jusqu'au Service de Santé Mentale. Quand elle y arrive, c'est souvent parce qu'elle y est amenée par des professionnels n'appartenant pas à la Santé Mentale mais démunis face à des usagers qui présentent une problématique relevant aussi de la Santé Mentale.

Pour approcher les personnes fragilisées par l'exclusion sociale, tenir compte de leur réseau familial, amical, professionnel avec lequel une confiance est nouée, c'est faciliter la rencontre et pour les personnes elles-mêmes et pour les professionnels de la Santé Mentale. La personne ou l'institution "qui demande pour" est un relais incontournable, riche de la connaissance non seulement des difficultés mais aussi des ressources et compétences des personnes pour lesquelles elles appellent. L'espace "thérapeutique" devient le résultat d'un processus de co-création entre ces 3 partenaires: l'utilisateur, le réseau qui porte la demande et le thérapeute.

Tenir compte de la temporalité et de l'espace dans lesquels la souffrance est exprimée nous paraît aussi favoriser la rencontre entre les agents de la Santé Mentale et les personnes en déliaison sociale. Il s'agit d'être présent quand la souffrance se dévoile, là où les questions et les crises émergent et donc de traiter les problématiques de la Santé mentale là où elles se déposent dans une approche pluridisciplinaire plutôt que de les réorienter chez des professionnels de la Santé Mentale, car en effet, pour la plupart cette démarche constitue un obstacle incontournable.

Aujourd'hui donc le sanitaire, le social, l'éducatif, la justice, l'insertion, la citoyenneté sont des champs révélateurs des problèmes de la Santé Mentale. Les situations que les acteurs de ces différents champs nous adressent sont des situations enchevêtrées, complexes. L'échange, la réflexion, l'alliance et la confrontation entre ces différents champs et celui de la

Santé Mentale produisent de nouveaux savoirs et savoir-faire et contribuent à faire émerger une clinique à l'intersection de la Santé Mentale et de l'exclusion sociale pluri et interdisciplinaire, inter-institutionnelle aussi tentant de répondre au mieux aux souffrances telles qu'elles apparaissent aujourd'hui.

Il n'y a pas qu'une réponse face à la souffrance psychologique des individus lorsqu'elle apparaît sur les lieux du social. Il faut pouvoir proposer différentes réponses adaptées aux réelles possibilités de chacun - ou de chaque communauté - d'être aidé, accueilli, soutenu et au désir qu'il a de s'inscrire dans un projet de développement personnel ou collectif en lui permettant de rester ou de devenir acteur de sa propre vie.

Le travail à La Maison des Familles, avec les stagiaires des entreprises de formation par le travail et la structure d'accueil pour jeunes enfants sont des tentatives de réponse se voulant plus accessibles et mieux adaptées à la souffrance et le mal-être tels qu'ils s'expriment.

La Maison des Familles

Est une des interventions que le SSM a mis en place pour aller à la rencontre des familles du quartier et en particulier des familles pour lesquelles formuler une demande est difficile et où très souvent l'isolement social et la précarité contextualisent la souffrance psychique et relationnelle. Le public présente des caractéristiques assez homogènes: chômage, endettement, isolement, alcoolisme, séparation, rupture des liens familiaux, difficultés éducatives, troubles affectifs, troubles de développement et d'apprentissage chez les enfants...

La Maison des Familles s'articule au travail de consultation du S.S.M. La Pioche avec ce constat de base que pour mieux "traiter" les troubles psychologiques et psychopathologiques il faut aussi et parfois prioritairement travailler à l'inscription sociale de ces familles.

Ce que l'on peut souligner, c'est que la démarche individuelle donne les moyens de travailler le collectif. Elle vise à déployer la dimension collective des difficultés personnelles et à appuyer la recherche des solutions trouvées ensemble. Elle vise aussi à changer les circonstances de la vie des gens, à fabriquer une parole publique. Une expérience réussie dans le groupe permet de la revivre en dehors du groupe.

Il s'agit de rassembler les familles et les adultes dans des lieux collectifs et de retisser un réseau de partage d'expériences, de vécus, de compétences.

Mais c'est aussi lutter contre les causes de désinsertion et d'exclusion et donc de participer à la vie du quartier en partageant ses compétences.

Plutôt que de traiter la problématique individuelle, plutôt que d'identifier les manques, on opte pour un

travail social sur le modèle communautaire dont les objectifs sont:

- la reconnaissance par l'individu de ses compétences;
- la prise en compte des individus comme acteurs responsables, sujets de leur vie et citoyens dans la société;
- la contextualisation des situations au point de vue familial et au point de vue du réseau micro et macro social, voire politique.

Pour réaliser ces objectifs, notre méthodologie est le travail social communautaire.

Celui-ci incite à une vie citoyenne, responsable et participative, en l'absence de toute ingérence ou contrainte de la part de l'institution et des animateurs : chacun est libre de poursuivre ou non son cheminement au sein des activités du groupe "Maison des Familles".

Le seul engagement demandé est le respect d'une "Charte" régulièrement discutée avec les usagers, garantissant le bon fonctionnement du groupe.

Cette démarche collective vise donc à encourager l'implication de chacun, à quelque niveau que ce soit, dans l'élaboration, la réalisation et l'évaluation du projet d'activités ou de partage d'expériences. Et ce, dans un contexte non hiérarchisé, respectueux des différences mais garantissant aussi la place de chacun et l'organisation démocratique du groupe.

La Maison des Familles s'organise autour des rencontres informelles, d'activités concrètes et conviviales qui permettent de recréer un tissu social, prônant des valeurs différentes de celles de la compétition, de l'excellence. La Maison des Familles se veut accessible aux personnes qui ont des difficultés d'expression, qui n'ont pas de demande, qui sont dans la confusion, qui sont agressifs, qui "sentent mauvais"....

Comme activités proposées citons:

- la gestion d'un magasin de vêtements de seconde main, ouvert plusieurs demi-journées par semaine et géré par les usagers. Ce lieu facilite l'accueil et la rencontre avec les habitants du quartier;
- des ateliers hebdomadaires d'expression et d'apprentissage à la créativité dans la perspective de déployer ses possibilités imaginatives dans un cadre collectif et en fonction d'un projet commun par exemple, activités artistiques en vue d'une exposition (poterie, couture, atelier d'expression et de créativité pour enfants, atelier contes...)
- des activités régulières d'aide à la gestion via l'organisation de repas en commun, d'un atelier boulangerie, de la participation à un groupe "épargne-crédit";
- des activités de détente, sportives, culturelles et de vacances familiales (lors de chaque congé d'été, organisation d'un séjour d'une semaine rassemblant une dizaine de familles encadrées par les animateurs)
- des réunions d'informations et de réflexion, des rencontres et des échanges avec d'autres groupes d'usagers de services sociaux sur des thèmes comme

l'endettement, l'alter mondialisation, la répartition des biens, l'accès à la culture... dans une perspective de responsabilisation de chacun et d'implication personnelle dans le processus de changement;

- un atelier théâtre visant l'amélioration des capacités d'expression, de confiance en soi à travers la possibilité d'une "prise de paroles" dont habituellement ces personnes sont exclues, et ce au sein d'expériences de "théâtre action";

- des réunions de gestion de "La Maison des Familles" visant la participation des usagers à l'élaboration des projets, à l'organisation des moyens et à l'évaluation des activités.

La Maison des Familles est un projet à long terme qui s'insère dans la vie du quartier par rapport aux demandes des personnes et en fonction des réalités socio-économiques du terrain. Les travailleurs sociaux de La Maison des Familles sont pour celles-ci comme des piliers qui permettent aux personnes de garder des repères.

Travailler à la Maison des Familles c'est établir des alliances et des passerelles entre deux mondes, c'est changer le regard mutuel des uns et des autres (le monde des travailleurs sociaux et celui des familles défavorisées).

Dans ce cadre, on comprend mieux pourquoi les pratiques communautaires sont importantes dans la mesure où elles consistent précisément à encourager un soutien social informel pour des individus considérés comme acteurs responsables et compétents et non comme bénéficiaires ou usagers passifs et ignorants.

Décentralisation des interventions sur des lieux de formation par le travail dans le cadre de l'insertion sociale et professionnelle

Notre Service, étant donné son expérience de plus de 20 ans avec des populations précarisées et sa connaissance des ressources locales, est interpellé régulièrement par des institutions à vocation psychosociale du grand Charleroi nous demandant d'intervenir quand des problématiques de santé mentale se posent avec leurs usagers.

La dernière institution faisant appel à nos services était le site d'économie sociale de Monceau Fontaine (à quelques kilomètres de notre Service). Ce site regroupe différentes associations et accueille par le biais de leur créneau d'insertion sociale et professionnelle des personnes présentant des problèmes psychologiques amplifiés par les réalités d'exclusion sociale qu'elles vivent.

Avant de proposer nos services aux stagiaires du site de Monceau, nous avons constitué un groupe de travail avec les intervenants professionnels du site qui demandaient une aide pour leurs usagers en formation professionnelle.

Ces professionnels représentent pour ces populations un premier appui ou un premier groupe d'appartenance. C'est ce premier ancrage qui crée les conditions de confiance pour déclencher par après un processus de réflexion sur les difficultés existentielles ou psychologiques.

Il est important que les travailleurs de la Santé Mentale s'appuient sur ce premier ancrage pour débiter leur travail à visée plus introspective.

La proposition de travail étant clarifiée, nous avons proposé notre intervention sous 3 modalités :

1. L'appui aux formateurs et aux intervenants

Soutenir les professionnels de terrain qui travaillent parfois seuls, répondre à leurs préoccupations, les éclairer sur la problématique en jeu, contribuer à l'élaboration de la solution... cela fait partie des missions d'un Service de Santé Mentale.

Il s'agit d'un lieu d'échanges, de savoirs, de compétences, de créativité, d'inventivité, "d'art de faire face" à ces problématiques nouvelles. Un lieu de recherche se basant non plus sur un modèle prédéfini ou une théorie mais sur des "micro pratiques" multiples.

2. Les groupes de parole

Outil pertinent et déjà utilisé dans notre Service de Santé Mentale et dans l'une ou l'autre association du réseau psychosocial.

Par rapport au colloque singulier, pas toujours accessible et adéquat, le groupe de parole permet une prise de conscience et une expression de son propre vécu, une approche de soi même par la découverte d'autres vécus, d'autres subjectivités. Cela permet d'entendre qu'on n'est pas seul à vivre des difficultés d'existence ou de santé et que des ressources sont possibles.

Le groupe permet également d'exprimer une demande d'aide pour soi et/ou d'offrir une demande d'aide.

Ce groupe qui est pour les uns l'espace d'un travail de développement personnel et une porte d'entrée à sa propre subjectivité, devient pour d'autres, une première étape vers un travail individuel.

Le groupe de parole est avant tout un lieu d'accueil et d'apprentissage (de l'écoute, de la parole, de la réflexion). Les stagiaires apprennent à écouter ce que l'autre dit, à respecter son espace et son temps de parole. Ils apprennent également à s'exposer, à dire ce qu'ils pensent et à défendre leurs opinions. Ils se découvrent capables de répondre sans jugement ni animosité, ce qui est essentiel afin d'éviter l'escalade vers le conflit. Ils réalisent comment et pourquoi parler des comportements de l'autre sans l'agresser. Enfin, ils expérimentent comment mettre des mots justes sur les événements, sur les situations afin de communiquer un point de vue cohérent au niveau de la pensée, des sentiments et des comportements. Tout ceci les amène à avoir une représentation plus objective des faits qu'ils décrivent et une perception plus objective également de ce que les autres expliquent.

Bien des stagiaires éprouvent des difficultés à parler d'eux (et encore plus quand il s'agit d'hommes), le groupe est pour eux l'occasion de pouvoir partager leur

vécu, exposer leurs difficultés, approcher leurs émotions et profiter de l'expérience des uns et des autres. Grâce au cadre contenant qu'il propose, le groupe permet de contourner certains mécanismes de défense. Les stagiaires arrivent à entendre certaines choses en raison de l'effet miroir et donc réfléchissent à leur fonctionnement suite à ce qu'un autre dit de lui-même. La finalité de ces groupes est de permettre aux bénéficiaires de sortir de leur isolement, d'oser exprimer leurs émotions, de retrouver un sentiment de contrôle sur leur propre vie et de sortir ainsi d'une position de victime.

Les séances sont chaque fois un partage riche d'humanité et d'humilité, où chacun peut se sentir respecté et dire, un peu pour certains, beaucoup pour d'autres, ce qu'est le difficile chemin vers le sentiment de se sentir exister dans notre société.

3. La consultation psychologique et/ou psychiatrique

Elle offre la possibilité d'un travail individuel. Ce type d'intervention est bien pratiquée en Service de Santé Mentale, mais avec des populations vulnérables, le thérapeute, pour "tenir dans le temps", éviter les discontinuités, les ruptures a besoin d'un amont et d'un aval à sa consultation. Ce rôle est assuré par l'institution ou le professionnel qui va accompagner la personne jusqu'à la consultation et qui sera là au moment de l'éventuelle rupture.

Par rapport à un cadre classique de prise en charge individuelle, le thérapeute doit décoder les attentes qui animent l'envoi et être connecté à l'envoyeur, à celui qui accompagne et qui connaît le contexte global de l'usager. Le système thérapeutique doit tenir compte des relations déjà tissées avec l'envoyeur.

Cependant comme nous venons de le préciser si la consultation doit être soutenue et facilitée par des intervenants de terrain, elle reste une démarche spécifiquement personnelle et répond à la demande des usagers, elle doit donc être différenciée de celle des intervenants.

Il nous faudra donc préciser peu à peu la singularité de l'intervention thérapeutique par rapport à celle du référent.

Nous ne prendrons en consultation que ce qui relève du questionnement individuel. La consultation psychologique n'a pas pour but de normaliser les individus à leur cadre de travail.

Appui à une structure d'accueil pour jeunes enfants

Insérée dans le quartier, l'équipe de La Pioche a été interpellée par le grand isolement et aussi la précarité des familles avec des jeunes enfants. C'est autour de cette préoccupation que La Pioche, il y a plusieurs années déjà, a réuni différentes institutions soucieuses de la petite enfance en milieu défavorisé.

L'aboutissement de ce travail de concertation s'est

finalisé par la création sous forme d'ASBL d'une structure d'accueil pour jeunes enfants avec un accompagnement parental. Cette structure s'est donc financée grâce à l'apport des institutions fondatrices du projet, l'apport de La Pioche en tant que Service de Santé Mentale a donc été d'être à l'initiative de ce projet et au fil des années de le pérenniser et de le faire connaître dans sa spécificité de prévention des troubles de développement et du soutien à la parentalité en milieu défavorisé.

Outre la promotion du projet et son évaluation régulière, c'est aussi par le soutien et l'encadrement des professionnels de terrain que le Service de Santé Mentale La Pioche participe à ce service. Avec l'équipe des accueillantes, elle réfléchit à l'orientation et à la mise en place d'interventions axées sur l'éveil affectif et social des enfants et également sur l'accompagnement des parents.

A l'instar d'une crèche traditionnelle, il s'agit de faire des parents les premiers partenaires de la structure d'accueil, de soutenir les liens d'attachement, d'accompagner les parents dans leur rôle parental et leur inscription sociale.

Plusieurs outils se sont construits et se construisent pour répondre à ces objectifs comme des temps d'observation de l'enfant, d'accueil des parents autour d'une tasse de café chaque matin, de groupes de parole de parents, des ateliers cuisine et d'alphabétisation, ... Soutenir les accueillantes, c'est avec l'aide d'un tiers, leur ménager des temps de parole, de réflexion sur leur vécu dans la relation qu'elles offrent aux enfants et aux parents. C'est leur permettre de clarifier et gérer leurs émotions afin de les utiliser au mieux dans la rencontre avec les familles.

Conclusion

Le S.S.M. privilégie donc plusieurs réponses, réponses tant individuelles que collectives à destination des usagers mais aussi des professionnels les encadrant. Il veille également à favoriser tant les ressources et solidarités sociales que les réponses davantage centrées sur l'individu. Il n'a certes pas à répondre à tous les besoins rencontrés mais à solliciter aussi les ressources et compétences d'autres institutions du réseau par la mise en place de collaborations et de partenariat.

Si les professionnels de la Santé Mentale rencontrent des souffrances psychiques déterminées par des conditions sociales d'exclusion et d'injustice, il ne faudrait pas que leurs interventions colmatent les brèches d'une politique qui ne touche pas à la source de l'exclusion. Les professionnels de la Santé Mentale ont donc aussi la mission de relayer ces questions de société auprès des politiques et des mouvements engagés dans la lutte contre les inégalités sociales et la pauvreté et l'avènement d'une société plus démocratique.

Entre deux cultures: paroles de vie, femmes tisserandes

Récit à quatre voix d'une expérience en santé mentale communautaire

Eléonore ARMANET; anthropologue
Namur CORAL, psychologue
Pauline ROMERO, assistante sociale
Nathalie THOMAS, psychologue

Equipe communautaire du S.S.M. Le Méridien

Comment est-il possible à des psychologues, assistants sociaux et anthropologues de travailler ensemble au sein d'un Service de Santé Mentale d'un quartier populaire bruxellois, en croisant leurs lectures de la réalité et leurs modes d'intervention ? Quelles pratiques innovantes peuvent se construire au carrefour de l'individuel et du social ?

Le présent article témoigne d'une expérience en cours. Menée au Service de Santé Mentale Le Méridien, celle-ci s'articule autour de deux projets en santé mentale communautaire, conduits dans les quartiers de Saint-Josse et Schaerbeek, populaires et multiculturels. D'inspiration psycho-sociale, le premier projet s'est nourri des principes de l'éducation populaire en Amérique latine. Il aborde la santé mentale dans une démarche communautaire, articulant expériences de vie et contexte social, dimensions subjective, culturelle et collective. Mené par une anthropologue, le second vise à identifier «ce qui fait soin» pour les habitants de Saint-Josse et Schaerbeek, à repérer les ressources de ces derniers, plutôt que leurs fragilités et leurs manques. Pour ce faire, il aborde de l'intérieur les cultures des quartiers, à partir des clefs qu'elles offrent à leur lecture.

Comment se construire comme femme, lorsque l'on provient d'une culture autre et que l'on vit actuellement en Belgique, tel pourrait être le questionnement qui réunit nos projets. Apportant des réponses distinctes à cette interrogation, les récits qui suivront témoignent de la différence de nos postures et de nos insertions dans le quartier. Restent qu'ils reposent tous deux sur notre vision partagée du collectif, comme ressource et comme force.

Populations précaires ou en situation de précarité ?

Sans doute les personnes avec lesquelles nous travaillons se retrouvent-elles sous cette appellation. Pourtant, nous employons rarement le concept de «précarité» pour qualifier nos publics : nous préférons le terme «d'habitants du quartier», moins stigmatisant. Et si, dans notre cadre de travail, nous essayons de préciser ce que nous entendons par précarité, nous parlons alors de manque d'accès (ou de moindre accès) aux ressources publiques et/ou associatives, effet d'un plus faible capital social, économique, culturel, symbolique pour faire face aux difficultés de la vie.

Nous rejoignons Antoine Lazarus, lorsqu'il définit la précarité comme *"la capacité ou non de la maîtrise de son existence actuelle ou à venir"*¹, une capacité qui peut être appréhendée d'un point de vue objectif (manque de logement décent, de revenus stables, etc.) et d'un point de vue subjectif (sentiment d'inégalité par rapport aux autres membres de la société, sentiment de honte, d'insécurité, faible estime de soi, etc.).

Enfin, à l'instar de Lazarus, nous pensons important de prêter attention aux mots utilisés pour évoquer la réalité sociale : le terme de «précarité» renvoie à une fragilité individuelle, à une souffrance - il appartient au champ clinique, souvent a-politique.

Le terme d'«inégalité sociale» appartient, lui, clairement au champ politique. Les mots que nous utilisons ne sont pas neutres, bien sûr ; ils traduisent notre lecture de la société.

Autour du récit de vie, une parole qui se tisse

Le regard des psychologues communautaires

Dans un cadre de confiance et de sécurité, nous avons proposé au Méridien un espace de paroles et de réflexion en commun sur les stratégies de reconstruction identitaire lorsque certains fondements des liens sociaux ont été mis à mal.

On sait combien les expériences de migration peuvent générer incertitudes, pertes de repères et ruptures. Se pose alors la question du sens, celle de la direction à donner à sa vie, de l'effet des passages d'un lieu à l'autre sur la construction de la personne. Fondé sur la mise en commun des histoires singulières, le dispositif de groupe a permis de produire un savoir sur les liens entre processus sociaux et processus psychiques, à l'aide d'hypothèses élaborées collectivement.

L'ENTRE-DEUX CULTURES, tel pourrait être le thème qui nous a réunies une fois par mois, pendant plus de deux ans. Nous, sept femmes d'origine marocaine, turque et albanaise et deux animatrices belges, psychologues du centre². Au départ, des femmes qui ne se connaissaient pas, mais qui toutes avaient envie de partager leur histoire avec d'autres pour en ressortir plus fortes, pour construire ensemble quelque chose. Au départ, pas mal d'idées préconçues et de stéréotypes sur l'autre et sa culture d'origine.

Progressivement s'est créé un espace intime de confiance, de chaleur, de réconfort réciproque et de recherche collective. «La sauce a vite pris», comme on dit. La recette ? Pas facile à formuler, mais sans doute avons-nous quand même quelques ingrédients de base de qualité et en les mélangeant, nous devions probablement obtenir une délicieuse mixture.

En parlant de mixture, nous pensons à la mixité du groupe : des femmes venant de pays différents, avec des origines sociale et géographique différentes, avec des trajectoires différentes, des raisons de s'exiler différentes. Toutes ces différences ont pu se dire, s'exprimer, simplement ou parfois douloureusement dans cet espace, au Méridien.

Des histoires se sont croisées. En dessinant sa trajectoire de vie, chacune a fait état des difficultés rencontrées, des événements heureux et malheureux qui ont jalonné son existence, des faiblesses et des ressources qui l'ont aidée ou lui ont manqué. Chacune par son propre chemin, mais chacune sachant très bien par où allait ce chemin. Souvent, il y avait l'amour au bord de ce chemin, l'amour de soi, de sa personne qui a empêché de sombrer dans le trou noir de l'anéantissement, mais surtout l'amour des autres, un amour qui a servi de boussole quand les points de repères n'étaient plus au rendez-vous, quand l'étranger, l'étrange les submergeait, quand l'identité se rompait en mille morceaux. Pour certaines, ce fut «aller de l'avant, à n'importe quel prix», sans se retourner, pour ne pas pleurer sur son passé. Avancer, avec force, énergie, travail, douleur. Pour d'autres, ce furent davantage des ressources collectives qui ont aidé. «Ensemble,

nous pouvons ». Découvrir le pouvoir du groupe. Se rendre compte que seule, on ne peut pas grand chose, surtout quand on est en position d'inégalité sociale. Être sans-papier, vivre en clandestinité. N'être personne là où l'on vit. Mais qu'ensemble, on peut peut-être déplacer un petit peu les montagnes, si grosses soient-elles. Mieux vaut parfois creuser un tunnel pour traverser une montagne. Un tunnel qui reliera deux mondes, comme des passeuses de mondes.

PASSEUSES DE MONDES... Nous l'avons toutes été un peu. L'espace créé nous a permis de passer d'un monde à l'autre. Et, au milieu de nos doutes, nos colères, nos interrogations, nos émotions partagées, nous avons pu reprendre à notre compte un peu de l'histoire de l'autre, et lire notre propre histoire avec les yeux des autres. Nous avons aussi tenté de relire ces trajectoires individuelles, en les situant dans le contexte social et historique des migrations, ici en Belgique et dans les pays d'origine. Ces regards croisés sur les destinées ont été, selon nous, un réel travail de santé mentale communautaire. Un travail où il n'y a plus d'expert et de patient, mais où chacun est expert à tour de rôle, un travail où les savoirs s'élaborent progressivement à partir des expériences de vie, un travail où le sens des raisons d'«être ensemble» se construit avec tous, un travail qui allie implications et prise de distance, parole singulière et histoire collective. Notre démarche a débouché sur une action collective, portée par le groupe : la création d'un CD-Rom audio avec des extraits choisis de leurs histoires. Ce CD a été écouté lors d'un spectacle au Botanique, dans le cadre des festivités liées aux 40 ans de l'immigration turque et marocaine, en présence de nombreux habitants de la commune et représentants politiques. C'était là une manière de rendre publique une partie du travail, dans l'espoir que les témoignages de migration puissent servir à d'autres migrants et améliorer l'accueil réservé à ceux-ci en Belgique.

D'après les dires des femmes, le travail a eu des effets bénéfiques à plusieurs niveaux. Face à la précarité du capital symbolique – notamment celui de la mémoire, la mise en mots a aidé les participantes à transmettre leur vécu.

Les femmes immigrées sont en effet souvent installées dans la «non-transmission», ou au moins dans la difficulté de léguer à leurs enfants les fils de leurs histoires et pas seulement des faits, des morceaux de vie. «L'oubli» est alors une préoccupation constante. Ici, le travail de mémoire – à l'aide d'une écoute complexe et attentive – a ouvert à la communication, et autorisé à ré-animer situations et personnages qui, dorénavant, faisaient moins peur. Par ailleurs, on sait combien le fait de raconter sa vie à d'autres, de se situer en tant que narrateur influence la manière dont on perçoit sa vie et dont on se perçoit comme acteur/trice de cette vie³. Souligner des ressources jusque-là ignorées, recevoir de la part des membres du groupe des lectures différentes de sa trajectoire de vie, ont eu un impact évident sur l'estime de soi et la valeur attribuée à son existence. Le travail en groupe a par ailleurs généré un fort sentiment de solidarité et d'entraide au

sein du groupe. A travers le récit des histoires singulières, les stéréotypes initiaux sur la culture de l'autre se sont souvent estompés. Toutes ont mentionné le soutien reçu des autres participantes. En témoignent les activités réalisées ensemble, en dehors des réunions mensuelles. Enfin, le fait d'être parvenues à porter une action collective, au-delà du cadre privé du groupe, a certainement contribué à renforcer la capacité des femmes à être des actrices sociales dans la société belge, et rendre possible leur place de citoyennes.

Autour du Verbe coranique, un islam qui «fait soin»

Le regard de l'anthropologue

J'ai été engagée au Méridien dans le cadre de la création du réseau "Santé, précarités", collectif d'intervenants sociaux réunis autour des questions de santé et de précarité. Anthropologue, je tente d'approcher les cultures à partir de leur sensibilité propre. Ce souci d'une compréhension de l'intérieur des groupes requiert notamment que je mette l'accent sur ma participation, dans l'écoute et le ressenti. Du fait d'un terrain ethnographique mené en Palestine durant trois ans en langue arabe, je me suis d'abord tout naturellement tournée vers le public maghrébin des quartiers de Saint-Josse et Schaerbeek. Ce que je restitue ici est le fruit d'un cheminement et des rencontres qui s'y sont nouées. En ce sens, les généralisations hâtives devraient être évitées.

Invitée à partager l'intimité de maisons marocaines, j'ai été conviée aux rites calendaires qui s'y tenaient, puis aux commensalités qui s'y déroulaient de manière plus quotidienne. Aider à la cuisine, au jardin, à l'écriture d'une lettre, protéger la parole et l'intimité confiées ont été les gestes de mon entrée dans l'univers des mères.

Des liens d'amitié noués avec ces dernières m'ont conduite à suivre des cours d'alphabétisation arabe, organisés de façon informelle dans le but de lire le Coran, ainsi que des enseignements coraniques donnés en différents lieux de St-Josse et Schaerbeek. Par ce même biais, j'ai également été invitée à des *halaqa*, cercles de conversation religieuse féminine tenus dans l'espace des mosquées et des maisons⁴.

J'ai alors relevé toute l'importance de ces groupements féminins rassemblés par un projet collectif autour de l'islam : à l'origine de solides réseaux sociaux, l'islam travaillé dans ces groupements m'a paru «faire soin» dans la mesure où il crée DU LIEN, entre les femmes d'abord, mais aussi entre le visible et l'invisible, reconnu comme une dimension pleine et structurante de la vie. Valorisé comme une ressource qui prémunit des souffrances de l'exil, cet islam est construit en contrepoint de ce qui est pressenti comme un vide spirituel en Europe. Porteur de sens et de forces

là où ceux-là pourraient bien faire défaut, il offre aux participantes une «peau» socio-religieuse extrêmement forte, contenante.

Notons-le, un tel projet prend racine dans UN CONTEXTE DE VIE SPÉCIFIQUE, ou plutôt dans la perception particulière dont ce contexte fait l'objet : pour nombre de femmes que j'ai côtoyées, l'athéisme, la liberté sexuelle, le non-respect envers les aînés (...) donnent à la Belgique les traits de «l'illicite» - du *harâm*. Certaines de mes interlocutrices ont également confié leur vécu négatif du quartier avoisinant la Gare du Nord, délabré, insulaire et désinvesti par la police - la situation serait «catastrophique». La saleté, le bruit, les agressions, les trafics de drogue à ciel ouvert, les prostituées - «qu'on ne voit plus», mais dont «on a honte quand vient la famille» conduiraient les femmes à surinvestir l'espace des maisons et des mosquées - celui de l'entre-soi. De façon plus générale ont également été pointées la discrimination précoce dont les enfants seraient victimes à l'école, et la façon dont l'institution scolaire monterait «les enfants contre les parents». Modelés là dans le rejet des valeurs préservées par les aînés, les enfants se retrouveraient en conflit avec ces derniers, sans vrai modèle identificatoire. Enfin, les femmes ont évoqué dans leurs mots ces césures qui fragmentent leurs communautés, trop souvent pensées homogènes et égalitaires : elles ont parlé des «rivalités» - dans l'hospitalité, l'entretien de la maison, le vêtement, «la belle chose» acquise (...), mais aussi des stigmatisations qui courent à l'intérieur des groupes, souvent reflet de particularismes régionaux, linguistiques ou sociaux.

En contraste avec cette compétition du quotidien, la venue aux groupes coraniques instaure une parenté idéale entre les femmes : âgées entre 30 et 50 ans, les participantes sont «soeurs en Allâh» - soeurs de foi. Celles que j'ai rencontrées étaient encadrées par des femmes maghrébines, instruites et à la personnalité bien trempée, arrivées en Belgique par le biais du mariage. Mobilisatrices d'un recours collectif au religieux pour leur communauté, elles m'ont expliqué dans quelle mesure leur projet était né d'un constat, celui D'UNE ERRANCE IDENTITAIRE : observée chez certaines de leurs coreligionnaires nées en Belgique, cette errance était perceptible dans la confusion des genres masculin/féminin et dans un brouillage des générations - de moins en moins démarquées. Elle était due, selon elles, à une ignorance de l'islam et à une méconnaissance de la langue du Coran. La religion musulmane était ici à même de «faire soin» : ici, les femmes soulignaient combien l'étude des textes et la prière représentait «la colonne vertébrale du religieux». Elles rappelaient que les cours d'alphabétisation arabe, les cours thématiques et les cercles de conversation religieuse qu'elles mettaient en place répondaient à une prescription mentionnée dans le Coran, «glorifier» Allâh.

De fait, à long terme, les cours d'alphabétisation arabe visent bien à lire le Coran et les *hadith*⁵ ; à court terme, ils permettent de connaître par cœur des invocations, récitées dès la fin de chaque cours. Les cours théma-

tiques donnés sur base de Coran brassent des questions identitaires essentielles, telles «la femme en islam», «la vie ici-bas et dans l'au-delà», «le licite et l'illicite», «nous, les Musulmans» (...). Quant aux cercles de conversation religieuse ou *halaqa*, ils excluent la discussion de thèmes profanes, synonyme de vacuité. Ils sont une alternative aux commérages féminins, instruments de division. Tenus autour de textes religieux, ils se déroulent à même le sol en mosquée - en imitation du Prophète. Dans les salons des maisons, ils sont précédés de commensalités, offertes par celles qui invitent. Lectures du Coran et chants à la gloire du Prophète s'enchaînent durant plusieurs heures, dans un espace-temps effervescent et ludique, où ce qui s'articule à travers les sens retisse une présence au groupe et au monde.

En quels termes les participantes parlent-elles de leur projet ? Pour elles, venir aux cours, c'est «faire son islam», «connaître son islam». La fréquentation des enseignements coraniques définit une appartenance, elle permet de s'approprier un patrimoine religieux, méconnu jusqu'alors. Aussi rehausse-t-elle les statuts des femmes dans la parentèle, le quartier - la communauté. Ici, toutes soulignent bien dans quelle mesure leur projet est lié à leur génération. En effet, si les aînés étaient pieux, ils étaient également ignorants des Textes - «ils avaient la foi, mais pas les mots pour la transmettre». Par suite, «nous étions incultes dans notre propre langue, notre propre culture», expliquait l'une des participantes, «mais avec l'âge, nos racines et notre religion sont revenues». Beaucoup parlent de leur voyage vers l'islam comme d'une «découverte» - découverte d'une religion «belle et logique, avec des règles qui simplifient la vie», découverte d'une religion «dure, parce que l'humain est faible». Pour toutes, l'islam représente «une protection, un frein. Il permet de ne pas tomber dans l'interdit». Rappelant le proverbe arabe «une mère est une école», les femmes soulignent alors leur devoir de transmission, rempli en inscrivant les enfants dans «les écoles arabes» attenantes aux mosquées.

Conclusion

Cet article a tenté de présenter deux collectifs forts, articulés autour de paroles de vie - l'un autour du récit biographique, l'autre autour du Verbe coranique. Construits à contre-courant des tendances individualistes propres à nos sociétés, ces groupes de femmes constituent à nos yeux des expériences de santé mentale : des liens s'y sont tissés, qui font appartenance. Du sens s'est créé, de la transmission s'est faite possible ; et l'estime de soi s'en est trouvée renforcée.

Le premier groupe a mis en exergue l'importance de la parole singulière et de la conscience critique. Le second intègre la dimension religieuse du sujet, en redonnant au corps sa place dans le rapport intersubjectif. Bien sûr, on pourra arguer que le collectif

élaboré autour de l'islam s'instaure dans le repli, davantage que dans l'ouverture à «la société belge». Serait-ce là une étape? Sans apporter de réponse à la question, il nous semblait néanmoins essentiel d'en souligner l'existence et la valeur pour ses membres, auprès desquels il fait sens. De là, pour nous, l'importance d'une démarche d'immersion respectueuse des logiques des groupes. Un tel préalable nous semblait nécessaire avant, peut-être, de développer une lecture plus complexe des réalités.

1. Lazarus A. « Les conséquences de la précarité du point de vue sociologique », *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2000, 5-11.
2. Ce type de co-animation était une première au Méridien – il relevait d'une collaboration concrète entre une clinicienne et une psychologue communautaire.
3. Paul Ricoeur parle de l'identité narrative qui permet à la personne de se construire une identité par la narration de sa vie. Le récit, pour Ricoeur, « nous sort d'une conception fixiste ou figée de l'identité : celle-ci n'est ni totalement à découvrir (comme une chose pré-donnée) ni seulement à inventer (comme un artifice), elle réside dans un mélange de déterminations, de hasard et de choix, de mémoire, de rencontres et de projets. Le récit a cette vertu de remettre tous ces éléments en mouvement et en relation afin d'en faire une trame. Le récit interprète les faits, les argumente, les reconstruit. Il sélectionne et travaille les moments pour en faire une histoire qui a du sens », in Pierre-Henri Tavoillot, *Le Point* n°1657, 17/06/04, p.96.
4. Rappelons-le, la séparation des sexes étant à l'oeuvre en milieu musulman, j'évolue en milieu féminin.
5. Les *hadit* sont, littéralement, "les dits" de Mohammad, non recensés dans le Coran.



Quelques réflexions sur le travail psychosocial avec un public d'exilés souvent exclus des droits les plus élémentaires.

Pascale DE RIDDER,
psychologue, responsable thérapeutique à Ulysse asbl.

Lorsque nous avons vu que le thème du prochain numéro de «Mental'idées» était «Précarités, Désinsertion et Souffrance psychosociales», nous nous sommes immédiatement dits que nous pourrions y écrire un article sur le travail que nous réalisons à Ulysse. Je veux parler de l'accompagnement psychosocial et psychothérapeutique de demandeurs d'asile (en procédure ou déboutés), de personnes en situation de séjour irrégulière (en attente d'une réponse à une procédure juridique) ou illégale (n'ayant jamais fait de démarche administrative sur le territoire) et qui présentent des problématiques psychologiques (voire psychiatriques) avérées.

Je précise encore que cet accompagnement a comme autre particularité d'être global, non payant et mobile.

En effet, si par *précarité*, l'on entend *instabilité*, notre public cumule de nombreuses causes de précarisation. De plus, il est évident qu'il est également confronté, sur divers plans, à des processus d'exclusion souvent extrêmement féroces. Il nous semblait indispensable d'en témoigner dans une revue spécialement dédiée à ce qui nous paraît être au coeur de notre travail.

Et pourtant, quand je me suis mise à réfléchir à ce que j'allais présenter, je me suis rendue compte que nous n'utilisons jamais le mot «*précarité*» pour parler de la situation des personnes qui s'adressent à nous ! Nous parlons certes d'instabilité mais surtout d'*incertitudes*, de *nécessités*, de *droits élémentaires non respectés*, de *détresse*.

C'est certainement parce que le mot «*précarité*» évoque trop pour nous une acceptation, un renoncement à agir, que nous n'en usons pas. Cela se confirme d'ailleurs, par l'histoire de ce mot, qui serait, d'après Le Robert, Dictionnaire Historique de la Langue Française, emprunté au latin juridique «*precarius*» qui signifie «*obtenu par la prière*», cette valeur, impliquant une *intervention supérieure et donc l'absence de nécessité*... Les termes que nous utilisons rendent compte du fait que nous refusons d'admettre que les solutions au mal-être ne pourraient être apportées que par l'extérieur (ex. changement de la politique d'accueil, reconnaissance d'un droit au séjour,...).

Il paraît dès lors clair, que notre travail se situe d'emblée du côté de la construction de solutions subjectives pour tenir ou sortir de ces situations précaires, entendues plus, comme susceptibles d'évolution.

Prenons l'exemple de cette patiente illégale qui revient d'un service social en disant qu'on lui a dit qu'elle était obligée d'accepter d'être hébergée avec ses enfants en centre d'accueil car c'est la seule possibilité. Notre première question est d'entendre ce qu'elle en pense, ce que ça représente pour elle, comment elle envisage cette offre afin d'aménager un espace lui permettant d'élaborer sa position subjective et de restaurer une capacité de choix que nous soutiendrons.

Plutôt que de parler des conséquences, en termes de santé mentale, des privations aux droits sociaux les plus élémentaires auxquels notre public est confronté, j'ai souhaité, dans cet article, rendre compte des effets, sur le cadre, d'une position qui consiste à offrir un lieu de parole à des patients soumis à divers mécanismes de précarisation. J'invoquerai dans la foulée certaines questions et difficultés que nous y rencontrons en tant que travailleurs psychosociaux. Notre prise en charge, engagée et active, part d'une position de non-acceptation de l'exclusion et de l'humiliation qu'engendrent les nombreuses violences sociales.

Ce choix éthique inaugural a de nombreuses conséquences sur le type d'accompagnement que nous réalisons et le style que nous essayons de garder. Notre hypothèse est que cela suppose de sortir de certaines positions habituelles.

Offrir l'asile à la parole

Dans des contextes de grandes précarités, prendre le pari de restaurer un droit humain fondamental, celui de la parole, reste audacieux. Pourtant, après presque 4 ans d'activités, nous pouvons dire qu'il a été gagnant dans de nombreux cas.

Au début, nous n'étions pas sûrs, en proposant une

prise en charge globale, c'est à dire partant des difficultés actuelles de la personne (qu'elles soient sociales, juridiques ou relationnelles), que l'offre d'élaboration subjective serait saisie. Nous remarquons qu'elle l'est très souvent et qu'un travail de remaniement profond se met en place. Les patients trouvent un sens à venir avec régularité à leurs rendez-vous et des changements subjectifs se manifestent (qui s'observent d'abord au niveau de l'habillement, de la coiffure). Lors des entretiens, ils amènent des questions telles que l'ambivalence par rapport à un mari ou un enfant, un secret à révéler, comment retrouver un sens à la vie après la perte d'un enfant, qui témoignent de la place dans laquelle ils nous mettent.

Cela me semble remarquable car ce public n'est absolument pas baigné dans une culture «psychologique», puisque nombre d'entre eux viennent de contrées reculées et ne sont pas toujours scolarisés.

Cela s'explique peut-être par une caractéristique partagée, à savoir que, même si elles ont subi de nombreuses atteintes, les personnes que nous accueillons à Ulysse ont toutes en commun d'avoir, au moins une fois, pris leur destin en main et choisi la rupture d'avec tout ce qui faisait leur monde, pour accéder à un autre statut. On peut supposer, aussi fragile que soit leur état actuel, que ces personnes sont animées par ce qu'on pourrait simplement appeler «une grande force vitale» dont la mobilisation est possible.

Cela tient aussi à l'intérêt que nous marquons d'emblée pour les effets et les enjeux subjectifs de leur situation. Ce ne sont pas que des exilés, ce sont des hommes, des femmes, des fils, des filles, des pères, des mères, des frères, des soeurs et nous les recevons comme tels, en réintroduisant une temporalité. Ce sont surtout nos égaux, nos semblables.

Ce constat, bien que positif, entraîne de nombreuses questions sur les compétences nécessaires aux travailleurs pour pouvoir aborder tant les questions sociales que les questions intimes. Et ce, d'autant plus, lorsque l'intime a été confronté dans le réel à la volonté d'anéantissement psychique ou physique d'autres humains et qu'il reste encore soumis à de nombreuses attaques extérieures. Quel type de formation continue (socio-politique, culturelle, sur le trauma de la guerre, du viol, de la torture,...) envisager ? Un travail personnel ou une supervision ne sont-ils pas indispensables ?

Passer de l'oeil à l'oreille

Une dimension qui rend ce travail difficile, c'est le sentiment d'urgence dans lequel nous pousse le dénuelement. En effet, comment se détacher de l'image de détresse complète que nous renvoie cette jeune femme mise à la rue avec un bébé de quelques mois, sans ressource, sans toit, sans nourriture ou ce jeune homme se laissant enfermer chaque soir dans un lavoir automatique ou cette femme qui débarque, le

corps marqué par la violence de son mari, qu'elle a fui ? Combien de fois, n'avons nous pas, à peine la situation décrite, pris par l'impossibilité à imaginer que cette situation puisse durer un instant de plus, sauté sur notre téléphone et, sans en discuter plus avant avec la personne, commencé à nous agiter pour prier divers services de trouver des solutions rapides, allant même jusqu'à nous disputer avec nombres d'intervenants coupables à notre avis d'incompréhension et de mauvaise foi ?

C'est sans doute notre propre angoisse qui nous pousse dans l'urgence à agir, car l'image que nous avons de cette situation nous renvoie chacun à des interprétations imaginaires, ce qui a un effet direct sur notre rapport à l'autre.

Le sentiment d'impuissance est également en jeu. Certaines situations sont à ce point intolérables qu'elles nous poussent à sortir du cadre en donnant quelque chose à manger ou de l'argent à prêter ou d'accepter de faire des démarches qui nous engagent personnellement, nous éloignant ainsi du contrôle mais aussi de la protection que garantit le fait de fonctionner en équipe, et d'être là comme représentant d'une institution soumise à des règles de fonctionnement.

Ces passages à l'acte sont souvent intéressants à analyser collectivement pour traiter la part d'angoisse importante que suscite la précarité. Pour l'un, c'est une situation de détresse matérielle impliquant un enfant en bas âge, pour l'autre, celle d'une personne gravement malade physiquement, qui déclenchera l'angoisse.

Patrick Declerck dans «*Les naufragés*», essai sur le travail thérapeutique avec les clochards de Paris, parle de «*collusion anxiolytique*». «*Il s'opère ainsi, d'emblée, une réduction de la demande et des représentations conjointes des soignants et des soignés au champ de l'opérateur et du conscient disciple, au mépris des aspects inconscients, régressifs et symboliques qui deviennent inaudibles. (...) il s'agit d'un vécu tout à fait particulier de sidération de la pensée du soignant, qui, à l'écoute du discours de son patient, se trouve comme écrasé par le poids inexorable d'une réalité présentée comme immuable et dans laquelle la dimension de liberté psychique du sujet ne peut tenir aucune place*», nous dit-il lorsqu'il décrit les caractéristiques des contre-transferts.

Lorsque nous parvenons à nous décoller de l'engluement de la pensée, sans doute provoqué par l'image du désespoir renvoyée par les patients, et que nous écoutons ce qu'il en est de la position subjective, donc si nous passons à l'oreille, nous évitons sans doute de tenter, dans la précipitation, de boucher, de colmater. C'est à cette condition que nous pourrions nous mettre à disposition du sujet pour élaborer une solution qui tienne pour lui à partir de ses dires et de son désir.

Bien sûr, si ce temps de construction nous paraît indispensable, d'aucuns diront que c'est un luxe, alors que ce qui est véritablement problématique relève de la satisfaction de besoins primaires et entraîne le fait que les solutions soient à demander, la plupart du temps, à

l'extérieur. Toutefois, de ce petit délai, pris sur l'action par l'écoute, découle une différence essentielle: nous évitons de projeter nos propres valeurs et idéaux, dès lors nous aidons la personne à s'approprier quelque chose de ce qui est en train de se passer pour elle.

Sortir du maintien du seul statut de victime

Recevoir les patients seulement comme des victimes nous semble être une violence supplémentaire.

Même s'il est actuellement soumis à de nombreuses attaques contre son intégrité, le sujet garde sa créativité (la production de symptômes pouvant en être une des manifestations !). Ainsi énoncé cela peut paraître aisé, mais avec le public que nous recevons à Ulysse cela ne l'est certainement pas.

Comme je le disais précédemment, souvent, les personnes que nous rencontrons ont été, individuellement ou collectivement, victimes de maltraitance, de violence organisée, de manipulations malveillantes diverses dans leur pays ou dans le (ou les) pays dits d'accueil. Elles sont parfois touchées au plus profond de leur identité, et c'est jusqu'à leur sentiment d'appartenance à l'espèce humaine qui doit être restauré.

C'est donc d'abord à travers l'accueil que quelque retour de dignité est possible. Nous le voulons inconditionnel, chaleureux, disponible, sorte de toit symbolique.

Malheureusement, vu la taille de l'équipe, nous devons peut-être en limiter la quantité pour en maintenir la qualité, ce qui nous mettra en position paradoxale de conditionner l'inconditionnel.

Il arrive que les patients ne soient plus capables de parler mais seulement de montrer le profond désespoir dans lequel ils se trouvent.

Ainsi, celui qui tend son dossier d'asile pour qu'on comprenne sa situation sans avoir à l'expliquer, celle qui ne peut témoigner de sa profonde douleur que par des flots de larmes ou par un épais silence.

Il s'agit de trouver un fragile équilibre entre la temporalité personnelle et les enjeux de la réalité socio-juridique et administrative propice au non respect de la subjectivité.

Dans ces cas là, la parole de reconnaissance du statut de victime qu'énoncera le travailleur sera sans doute décisive pour rendre possible une élaboration subjective et ainsi sortir d'une sorte de gel psychique, que peut causer le traumatisme.

Ainsi cette patiente qui témoigne d'une réduction à l'état «de déchet»: «Depuis qu'ils m'ont fait ça, je pense que je suis une ordure jetée dans une poubelle, je me sens figée, je pleure, j'ai envie de hurler, de me jeter». La métaphore du gel est empruntée à Jean-Claude Métraux, qui l'utilise pour évoquer un processus de deuil «plongé dans un congélateur», dans son article «Aux temps de la survie, le droit au silence». Il semble qu'il y ait donc là une nécessité absolue d'en passer par une symbolisation du statut de victime, le temps nécessaire, à sa possible dialectisation.

Après ce temps nécessaire à la relance des processus d'élaboration, il paraît important de chercher à se décaler du côté dramatique que présentent nombre de situations, pour entendre ce qu'il en est de la position unique du sujet et de partir de ses difficultés, ses questions, ses zones de souffrance, mais aussi ses tentatives, pour construire une prise en charge souple et dynamique, qui restaure au patient sa dignité d'être désirant.

La précarité comme occasion d'innovations

Ce public interroge également notre capacité à tenir une offre thérapeutique dans un contexte de grande précarité étant donné qu'une partie de la résolution ne dépend pas du sujet mais du social.

En effet, il s'agit de soutenir des prises de position, des émergences de désirs dans des contextes où les possibilités de réalisation sont rares et ne sont pas toujours évidentes à ouvrir.

Nous ne faisons aucune démarche sans l'accord du patient et le moins possible hors de sa présence, ce qui l'invite à se positionner et donc à se mobiliser. C'est ainsi que nous lui confirmons que nous ne savons pas mieux, ou à sa place, quelles sont les solutions les plus satisfaisantes pour lui, en termes de santé mentale, concept pris dans un sens élargi, qui implique la nécessité d'agir avec et sur l'environnement social des personnes qui nous consultent.

Peut-être est-ce pour cela qu'à Ulysse nous agissons la précarité dans l'organisation même de nos bureaux ? Nous avons décidé de ne pas nous assigner de spécialisation de tâches. Cet aspect du dispositif a été présenté de manière approfondie par Alain Vanoeteren dans «*Les professionnels aux frontières*», article paru dans la revue *Rhizome*, numéro 21.

Nous avons également opté pour un travail de consultations en plateau, c'est à dire où plusieurs entretiens se déroulent en même temps dans le même espace. Ce dispositif semble très bien convenir à nos bénéficiaires, moins préoccupés de complète confidentialité que de retrouver la possibilité d'être en lien social. Cet aménagement prend en compte des codages culturels possiblement menaçant ou sexualisé du rapport duel, mais il permet aussi au travailleur, d'être moins en prise directe avec l'horreur de certains récits et d'ainsi se protéger de certaines réactions contre-transférentielles.

Nous avons également choisi de ne pas nous désigner de bureau attitré, cela nous prive vraisemblablement d'une grande part de confort mais permet de garder en tête le risque de banalisation de la souffrance et de construction défensive que pourrait favoriser ce type d'installation.

Car, ce qui est à entendre a des effets sur chacun d'entre nous, pas toujours faciles à métaboliser. C'est une des raisons pour laquelle, nous tenons à travailler en équipe (co-construction et recours à l'équipe pour certaines décisions).

Cet appui sur le collectif est essentiel mais présente aussi certains inconvénients. Une tendance à une forme de maltraitance entre nous, peut souvent apparaître, par exemple, au niveau charge de travail et, notamment, horaire. Celle-ci s'observe à travers la mise de rendez-vous obligeant le collègue à recevoir plusieurs personnes traumatisées d'affilée et/ou au delà de ses prestations habituelles. Nous constatons également une propension individuelle à se charger au maximum de travail (ne plus faire de pauses, difficultés à ne pas prendre de nouveaux suivis, heures supplémentaires,...). Ceci est peut-être à mettre en lien avec un certain mimétisme ou une identification aux patients ou avec une façon de liquider la culpabilité inspirée par l'injustice en se laissant maltraiter.

Nous devons être constamment très attentifs à ce que ces aspects ne s'installent pas. C'est d'ailleurs à mon sens, une part importante de ma responsabilité de repérer les effets de ce mécanisme, de les verbaliser et de chercher à les corriger, en tant que coordinatrice clinique.

Perdu dans la traduction

Il va sans dire qu'offrir la possibilité de parler au public d'Ulysse passe par le recours, à la demande, à des interprètes. Cette seule particularité pourrait faire l'objet d'un article, tant les questions et les implications qu'elle amène sont nombreuses.

Mais par rapport au thème de celui-ci, je pense que le travail avec interprète met le travailleur dans une autre précarité, celle de dépendre à nouveau de l'extérieur pour recueillir le matériel nécessaire à son travail. Cela oblige à réfléchir et être créatifs dans un contexte incertain, dont on ne maîtrise pas toutes les règles et les usages. Si cela nous place dans un rapport plus équitable avec nos patients, cela entraîne aussi des effets divers sur le transfert ou plutôt les transferts à l'oeuvre ainsi que les contre-transferts.

Une partie non négligeable des effets positifs des entretiens est due à la partie informelle de la rencontre avec l'interprète. Le sujet peut y retrouver une possibilité d'échange social, sans contrainte (comme nous le remarquons notamment à travers le plaisir manifesté à l'échange de civilités avec l'interprète, avant l'entretien) susceptible d'avoir des effets bénéfiques sur sa santé.

Cela est possible, si l'interprète se sent protégé par le cadre que garantit le travailleur psychosocial et lorsque son rôle y est bien défini. Souvent les interprètes ne savent pas ce que le thérapeute attend de lui comme style d'intervention (traduction mot à mot, interprétation culturaliste, co-thérapie) et cela provoque légitimement une position défensive qui les empêchent d'avoir des échanges de simple humanité avec le patient.

Il s'agit pour le travailleur, qui recourt à un interprète, d'accepter de perdre une partie importante du contrôle sur la précision du matériel verbal échangé, sur la scansion de l'entretien (l'interprète peut changer le

rythme de sa traduction en fonction de son émotion) pour offrir une sorte de thérapie communautaire pour panser les blessures de l'exclusion.

En conclusion, le travail d'accompagnement avec un public précarisé nous pousse à introduire certaines variations dans le cadre de prise en charge. Celles-ci occasionnent certainement plus d'incertitudes et d'instabilités pour les travailleurs psychosociaux, mais lorsque l'éthique du travail thérapeutique est respectée, cela rend possible de sortir d'une position d'attente paralysante que les solutions viennent de l'extérieur. Cela permet au sujet de construire une position subjective qui lui procure moins de souffrance. Au social de mener son travail dans le respect des droits les plus élémentaires de l'Homme.

Dictionnaire Historique de la Langue Française, **Le Robert**.

Jean-Claude Métraux. *Aux temps de la survie, le droit au silence*, Revue Médicale de la Suisse Romande, 117, n° 5, p. 419-424, 1997

Alain Vanoeteren. *Les professionnels aux frontières*, Revue Rhizome Bulletin National Santé Mentale et Précarité, Demandeur d'Asile, un engagement clinique et citoyen, 2005, n° 21, p. 47-50 .

Patrick Declerck. *Les naufragés*, Coll. Terre Humaine, Ed. Plon Poche, n° 11846, 2001, p. 351



Homo sum, humani a me nihil alienum puto.

Je suis Homme, je considère que rien d'humain ne m'est étranger.¹

Anne-Françoise RAEDEMAEKER,
coordinatrice à DUNE asbl.

Philosophe.

Formée à l'intervention systémique (I.E.F.S.H.)

Qu'en est-il du travail social "déambulatoire" ou travail social de rue ?

J'ai choisi à l'image du thème de la revue, de faire un trajet, un collage, une collection de traces, d'émotions, d'impressions, et de réflexions sur ce travail qui est comme le dit Hughes-Olivier Hubert "du sens en errance"²

EXTÉRIEUR SOIR - UN BOULEVARD

Trois SDF, cinq chiens qui dorment, des couvertures, des sacs à dos, des sacs plastiques, un sandwich emballé traîne à proximité d'un sac à dos éventré
Deux travailleurs de rue arrivent...

Un travailleur social de rue :

Salut, ça va ?

Garry (le regard vague)

Ça peut aller...

Les autres lui sourient et sont occupés à observer les gens qui passent en attente d'une dernière pièce avant la nuit.

Un travailleur social de rue :

Vous avez ce qu'il faut ? On ne pourra pas passer demain...

Colin

Dis au fait, tu m'as dit que tu avais une adresse à Anvers, je veux changer d'endroit je suis fatigué ici, on se fait attaquer... à Anvers il paraît que c'est mieux, il y a un endroit où tu peux dormir et shooter et ils t'embêtent pas... En plus moi je suis flamand, tu sais...

Garry (regardant plus loin vers le boulevard)

Ouais, il est là-bas. (S'adressant au TSR) Hier à trois pour me voler mon craquelin. Là il est seul, il se tient tranquille, je vais aller lui régler son compte...

Un travailleur social de rue :

Bon on va vous laisser, on repassera plus tard...

Arrive Thierry

Un travailleur social de rue (à Thierry)

Bonjour, Thierry, ça va ?

Thierry

Oui j'arrive de Rotterdam, j'allais à Anvers et je me suis endormi dans le train, heureusement m'ont pas fait payer le retour !

Passe Marie, hyper pressée...

Marie

J'arrive, je dois te voir tu m'attends ? Suis en panne !

Un travailleur social de rue :

D'accord !

Garry, qui a couru vers son agresseur avec une chaîne et le frappe en hurlant :

tu es seul maintenant, tu fais moins le malin, hein

L'autre se réfugie dans un night shop, le commerçant sort et menace d'appeler la police.

Garry revient très énervé :

Je suis pas une balance, ok. Je règle mes comptes moi-même. Il a qu'à le savoir. Si il veut que je le balance, je le ferai, mais là il va vraiment pleurer, hein.

Marie repasse.

Marie

T'as bien raison, te laisse pas faire!

Marie (aux TSR)

Viens on va plus loin,... venez au squatt, j'ai nettoyé, c'est nickel, vous verrez !

COUPEZ ! ...

Mais qu'est ce qu'on fait ?
Mais que font-ils ?
Sommes-nous utiles ?
Qui sont-ils ?
Comment et pourquoi sont-ils là ?

On les dépanne, ils font la manche, ils ne veulent pas plus, ils ne veulent pas, ils ne veulent plus, ils ont les tripes à l'air, et leur humanité en bataille.

Nous les appellerons les enfants perdus.³

Impossible en quelques lignes d'expliquer les parcours : ni les parcours des ces jeunes gens, ni les pérégrinations de ces souvent jeunes travailleurs de rue.

Les travailleurs de rue sont d'abord des ramasseurs des morceaux de vie, des recolleurs de sens, des témoins et des passeurs.

La violence saute aux yeux dès que l'on passe du temps auprès des personnes vivant en rue. Mais de quelle violence parle-t-on ? Comment en comprendre le fonctionnement ?

Le corps du dominé :

La violence contre le dominé est avant, partout et quotidienne.

La violence s'intéresse d'abord au corps. Le corps est avant tout inscription corporelle des rapports sociaux. La violence est le mode d'expression et de réalisation de rapports sociaux.

Les corps de Collin, Garry, Pablo et tant d'autres sont marqués par l'exclusion. Les ongles ne sont pas taillés, les mains sont des pattes avec des griffes noires, ça sent le fauve, les vêtements sont des carapaces luisantes et raides. Ils cachent des corps amaigris, blessés, infectés. La besace comporte un quignon, de l'alcool et autre matériel pour s'assommer, ne pas penser, supporter. Ces corps sont le résultat d'une violence sociale instituée, celle des procédures d'exclusion qui en ont fait des enfants perdus.⁴

Que font les enfants perdus ? Ils vivent au Pays Imaginaire : ils s'inventent des vies de prince de la rue, de baron du bitume, de seigneur du pâté de maison, dans le palace en caisse en carton, faisant bombance du sandwich grignoté par une grosse dame qui l'a donné c'est-déjà-quelque-chose.

Il serait plus simple de se laisser bercer par la scène décrite, scène qui émeut et à laquelle on se laisse prendre. Il est plus simple de voir et de gérer des personnes à la rue que d'interroger les véritables processus d'exclusion et de violence. Les travailleurs de rue sont contraints pourtant d'en faire état, aux premières loges de l'exclusion.

Patrick Declercq, dans son "insupportable" pamphlet "le sang nouveau est arrivé"⁵ apporte cette médicale précision : le risque d'hypothermie démarre à 16° lorsque l'on dort en rue régulièrement et que l'on est en mauvaise santé. D'où la régularité d'horloge des morts en rue tout au long de l'année.

Morts de la rue :⁶

"Ce n'est qu'un au revoir, mes frères"

Ce 10 mai 2006 a eu lieu la première commémoration des morts de la rue à l'hôtel de ville de Bruxelles. "Pour témoigner *une fois*". La salle est comble. On rappelle que l'on meurt en rue toute l'année, et pas seulement sous l'oeil des caméras en hiver. On rappelle qu'il y a une vie sociale et affective, les amis de la rue, qu'on n'oubliera pas, des gens bien...

On aimerait un album pour se souvenir mais voilà : c'est qu'il y a peu de photos, peu de traces.

Le collectif a décidé de ne pas montrer les photos des personnes décédées pour éviter une presse trop exhibitionniste. 40 personnes décédées, un court extrait vidéo d'une seule personne. Et quel extrait. "Il" joue pour son ami à l'harmonica "ce n'est qu'un au revoir". In memoriam. Le reste se fait dans la tête d'autres enfants perdus, qui eux aussi ont peu de traces, peu de photos, et des souvenirs pourtant. Les paroles dites par les endeuillés ne sont pas celles que l'on imagine, elles parlent d'amitié, de solidarité dans la débrouille, de drames humains, d'accident de parcours.

Pas d'enfance, arrêt sur image, éternelle répétition. Sans passé, donc dans le présent qui semble éternel et s'arrêter subitement. Il y a eu pourtant un passé, une histoire, des trajets dont il reste des traces.

Alors que faisons-nous ? Nous colportons les traces, nous garantissons le respect auprès des vivants.

Aide contrainte : légitimité de la confusion.

On serait tenté de penser que l'aide contrainte serait fort à propos pour ces personnes. Dans certains cas, pour éviter le pire, le travailleur social devrait avoir la possibilité de trancher et d'avoir une intervention directive de protection de la vie humaine.

C'est ce que prévoit la loi de mise en observation.

Il va de soi que l'application de cette loi peut avoir toute sa légitimité en rue. Celle-ci garantit l'expertise médicale de la situation, l'accompagnement de la personne par le service dans toutes les phases médicales et administratives, garantit un suivi et une protection des libertés individuelles.

La pratique «instituée» d'une aide *sociale* contrainte comporterait cependant des risques de dérive.

Dérive sémantique. La vie en rue *est parfois, pour certaines personnes, à certains moments, dangereuse et ils ne s'en rendent pas compte.*

Il est bien évident que la vie en rue est toujours dangereuse. Quand on connaît un peu la rue, un jour serait-il plus décisif qu'un autre ?

Dérive politique. «Individu en détresse à la marge d'une société» versus «société produisant des individus en détresse» : On peut parler d'une détresse sociale comme le résultat d'un processus socio-économique conduisant à une détresse individuelle. On peut également considérer la vie en rue comme une détresse individuelle, soit un processus psy-

chologique de déconstruction sur fond d'histoire intime ayant ici pour scène la rue.

On ne pense pas l'action politique de la même façon s'il s'agit d'un phénomène de paupérisation et d'exclusion ou s'il s'agit d'un accident de parcours.

La question à laquelle il faut répondre auparavant est : la violence est-elle celle que la personne s'inflige, et/ou celle que la société impose via les structures d'aide ?

Dérive méthodologique. Contraindre à la relation : Comment créer un lien de confiance dans des histoires qui ont souvent déjà leur lot de contraintes et de violences (individuelle, familiales, sociales) et dont on peut supposer aisément que la vie en rue ait été la meilleure réponse trouvée par la personne ? Comment briser le lien lorsque la température baisse ? Comment entrer en relation par la contrainte ?

Ne pas vouloir quitter la rue, se mettre en danger : certaines personnes en rue font de la rue un milieu de vie, un lieu de socialisation par défaut et pratiquent l'aménagement du pire.

Les parcours qui mènent à la rue ne datent pas d'hier, et le refus d'aide a une histoire qui ne commence pas avec les frimas. Ce refus n'a rien d'exceptionnel.

Dérive sécuritaire. Gérer la visibilité de la détresse ou la détresse ? En rue comme ailleurs, la question du refus de soins peut être posée comme telle et nécessite une expertise psychiatrique. En faudrait-il moins lorsqu'une personne est en rue ?

Quand une détresse concerne des centaines, voire des milliers de personnes, peut-on dire qu'ils refusent de l'aide ? Ne doit-on pas parler plutôt de maladie sociale ? Nous le pensons et cette maladie sociale devrait amener des réponses collectives approfondies. Il est plus facile d'attribuer la détresse à un errement ou une dépression - ce dont peuvent souffrir toute l'année beaucoup de personnes rencontrées - que d'analyser le rapport social qui sous-tend cette situation. Le travailleur social est aux premières loges pour pointer la nécessité d'un véritable travail de fond : accès inconditionnel à l'aide quelque soit la saison, accès aux toilettes publiques, aux douches, aux soins, à l'hébergement et au logement.

Les travailleurs de rue, au-delà des besoins primaires, inscrivent leurs démarches dans une approche orientée sur le long terme. Avec d'autres collègues "dans les murs", ils construisent des liens sociaux qui visent à l'émancipation des personnes et à des réponses au long cours. Malheureusement, le dispositif d'aide s'amenuise au fur et à mesure que la température augmente.

Le mythe du SDF

Derrière le paravent du dispositif d'urgence se cachent des stéréotypes :

Les sans-abris représenteraient un petit nombre de personnes qui ont "basculé", "craqué", sont tombées dans la rue, comme on glisse sur une peau de banane. Les personnes qui vivent en rue sont désocialisées, et

ne rêvent que de quitter la rue, mais en fait, elles ne le savent pas.

Le travail de rue nous oblige malheureusement à constater que ces parcours sont les traces que laisse une société en mal de solidarité.

La crise du politique est celle de l'impuissance à juguler une paupérisation de la société et à construire des réponses qui dépassent l'instantané. Une société recule d'horreur lorsque la mort vient rendre manifeste une exclusion qui ronge chaque jour et à chaque instant les personnes vivant en rue que nous pourrions devenir.

La rue formate, et au bout d'un temps rien, rien ne ressemble tant à un sans-abri qu'un(e) autre sans-abri. Il se retrouve pourtant dans cette infirmité, lorsque le travailleur social de rue s'arrête et écoute, des traits distincts de processus d'exclusion : sans papiers, sans soins, avec une famille lointaine, sans logement, endettements, jeunes, vieux, ados, femmes, jeunes filles, travailleurs au noir, navetteurs de la légalisation des papiers, ordres de quitter le territoire, l'un avec l'espoir plus ou moins vif que les choses s'arrangent, ou l'autre dans l'attente que quelque chose se passe, tous plus ou moins plongés dans la rêverie d'un ailleurs, et souvent avides de petits riens. Ces traits distincts sont amalgamés sous un mythe, et ce mythe freine l'accès à une véritable compréhension de la complexité des itinérances qui mènent à la vie en rue.

Le mythe du travailleur de rue

Alors, le travailleur de rue un bon samaritain, qui donnerait sa chemise à des pauvres heureux de vivre en rue ? Un attentiste ? Le seul lien possible ? Le derniers recours ? Les travailleurs de rue développent des compétences relationnelles importantes et peuvent proposer une aide à orientation directive, si nécessaire mais il reste que souvent, ce n'est pas tant la personne que les conditions d'accès qui se refusent à l'aide. Les travailleurs de rue qui passeraient sous silence ces constats seraient amenés à être eux aussi, la visibilité bien comprise, le *win-win* d'une aide sociale en panne. Les travailleurs de rue prennent donc aussi la parole, citoyenne et politique. *Sous bénéfice d'inventaire.* ■

1. TERENCE. *Heautontimorumenos*, I, 1.
2. OLIVER H-O. *Le travail social de rue : du sens en errance*, in *Démarches en rue, oui mais dans quel sens ?*, Revue Travailler le social, Cardijn éditions, Louvain-la-Neuve, 2004.
3. *Les enfants perdus* sont des personnages du roman de **Barrie J M.**, *Peter Pan dans les jardins de Kensington*, Ed. Corentin, 1993.
4. Voir à ce sujet également *Peter Pan ou l'enfant triste*, **Kelley-Lainé K.**, Calmann-Levy, Paris, 1992.
5. **Declerck P.** *Le sang nouveau est arrivé*, Gallimard, Paris, 2005.
6. Le collectif *Mort de la rue* rassemble des associations bruxelloises travaillant dans le réseau «sans-abris» qui souhaitent que les personnes décédées en rue aient droit à un enterrement digne. Le collectif fait du lobbying auprès des autorités communales afin d'être tenu informé de tout décès en rue et retarder l'inhumation. Le but est de pouvoir rechercher la famille, contacter les amis, connaître la confession de la personne défunte afin de lui offrir une sépulture digne.

Diogènes : une participation à la réhabilitation sociale

Sylvie BASTIN,
accompagnatrice sociale à l'asbl DIOGENES

L'a.s.b.l. Diogènes est née du constat que malgré une importante mobilisation autour de la situation des personnes sans-abri, elles restent encore fort nombreuses à errer dans la ville. De nombreux services et institutions existent pour leur permettre de faire face à leurs difficultés mais pour beaucoup d'entre elles il paraît difficile d'utiliser ces services de façon optimale.

Le travail de rue est un des moyens permettant de se décentrer quelque peu par rapport à notre "monde intégré" et d'établir un pont entre le monde de la rue et ce "monde intégré" dans la restauration du lien social avec les exclus.

Il s'agissait, dans un premier temps, d'aller à la rencontre de ce public, en invité respectueux, afin de le connaître et de le re-connaître.

Au fil des dix années d'expérience de travail de rue, nous sommes parvenus à établir quelques constats quant aux problématiques des personnes sans-abri.

Les personnes sans-abri présentent une accumulation de difficultés. L'organisation du secteur (fragmentation de l'offre, rationalisation des pratiques,...) impose à ceux qui souhaitent trouver des réponses à leurs problèmes d'être en mesure d'adresser des demandes claires à différents services spécifiques. Cette démarche nécessite entre autre d'avoir une vue sur sa problématique ainsi qu'une certaine structuration et des capacités de verbalisation, ce que l'on ne retrouve que très rarement chez ce public.

Les assuétudes - et leurs conséquences physiques et sociales -, la mauvaise estime de soi, le passé d'abus/violence et placement, les problèmes de comportement,... sont autant de facteurs favorisant la perte/rupture du lien social et l'installation dans une

marginalité qui leur ressemble avec des personnes qui leur ressemblent.

Le fait même de «vivre» à la rue implique un grand stress ainsi qu'une échelle de priorités bien particulière ; lorsque l'on pense sécurité et survie au quotidien, il est difficile de penser en même temps en termes de perspectives.

Selon une étude¹ sur la santé mentale des personnes sans-abri à Bruxelles, on constate chez celles-ci une présence importante des troubles mentaux.

«Le moment où les troubles se sont déclenchés serait antérieurs à la perte de logement et il apparaît donc que les troubles mentaux précipiteraient fréquemment le phénomène du sans-abrisme plutôt qu'ils ne seraient une conséquence de celui-ci.»

Remarquons toutefois que la perte du logement rend, en elle-même, les choses plus difficiles et a des conséquences très négatives pour une personne.

«Les troubles les plus fréquents sont la dépression, l'anxiété généralisée ainsi que la dépendance et/ou abus de drogues, alcool. Ces trois types de troubles sont présents simultanément, soit par paires, soit les trois en même temps. Pour toute une série d'autres troubles (alimentaires, somatiques,...), les sans-abri ne se distinguent pas de la population normale.»

Cette étude fait également le compte d'un pourcentage important de personnes présentant des troubles psychotiques à la rue.

En lien avec cette sensibilité à la rupture du lien social et les problématiques de santé mentale présentes chez les habitants de la rue, cette étude a pu mettre en évidence l'existence d'«une grande demande de suivi personnalisé avec une personne de référence et de confiance, stable, au travers des différents services et domaines de l'administration et des services sociaux.»

Le travail de rue, dans la rencontre des personnes sans-abri offre la possibilité de l'émergence de cette personne de référence avec laquelle le lien puisse être garanti dans le temps. Cela suppose l'utilisation d'une méthodologie spécifique et adaptée à un public non demandeur, en rupture de lien, en souffrance physique et psychique et se pensant inefficace ou inutile.

De manière générale, le travail de rue applique la méthode de travail "Bemoeizorg"² (ingérence attentionnée) qui a démontré son efficacité dans l'aide aux personnes qui, bien que souffrant d'une maladie mentale, ne se considèrent pas comme patient et refusent de collaborer aux soins.

"Bemoeizorg" est un processus sans fin ; la problématique psychiatrique du patient ne change pas.

La finalité n'est autre que de viser la stabilisation de la personne via la réduction de la fréquence des moments de crise et la construction d'un réseau d'aide autour de la personne (continuité et coordination des soins).

A côté du "Bemoeizorg", il existe aussi des techniques plus spécifiques qui visent la construction d'une bonne relation de travail et l'utilisation des capacités de la personne afin de tendre vers l'autonomie.

- a.

L'"approche de présence" d'Andries Baart³ fait appel aux capacités de la personne et permet de dégager des pistes pour qu'il se passe quelque chose qui ait du sens pour les deux parties. La plupart des habitants de la rue peinent à trouver un sens à leur vie. Il est donc important de les écouter et de relever le sens qu'ils lui donnent. La "présence" du travailleur de rue est très différente d'un travail institutionnel consistant à résoudre les problèmes et à produire un résultat social. L'approche de présence axe son travail autour de la question du "Comment vivre avec les problèmes ?" ; elle permet de confirmer la présence de la personne, dans ce qu'elle vit, en opposition au sentiment d'inexistence qu'elle ressent.

Cela permet également de redonner une perspective (récapituler l'histoire de la personne), de renforcer les capacités (permettre de rester debout face à l'accumulation des difficultés) et de développer l'autonomie (replacer la personne face à des choix).

Le point de départ consiste à montrer de l'intérêt, de l'attention pour l'autre ainsi que des dispositions pour le soutenir.

- b.

La "Self-Determination Theory" (SDT)⁴ et "Motivational Interviewing" (MI)⁵ soutiennent que le principe de base pour motiver les personnes (à s'épanouir) est de soutenir leur autonomie.

Les contingences externes telles que les pressions ou les "deadlines" (échéances) minent la motivation plutôt qu'elles ne la renforcent car la personne n'expérimente pas son engagement comme initié par elle-même ou autonome.

Les pressions ou l'induction de peur peuvent immo-

biliser la personne, réduisant les possibilités de changement. L'enjeu est de créer une situation dans laquelle le client s'engage, de manière à ressentir les décisions de changement comme venant de lui plutôt que de l'extérieur.

La tâche du travailleur consiste à évoquer et souligner les ressources propres dont dispose la personne, facilitant ainsi, via l'utilisation de stratégies de contrôle externe, le processus de changement qui est inhérent à chacun.

Remarquons cependant que, pour une série de personnes sans abri, ces méthodes de travail ne peuvent être utilisées en raison de maladies de type organique tel le syndrome de « Korsakof ». Compte tenu de la défaillance de leur mémoire, il est impossible pour ces personnes de se projeter dans l'avenir. Elles sont, de ce fait, les « oubliées » du système. Le travail avec des personnes qui n'appréhendent pas réellement le sens de la démarche du travailleur doit être extrêmement souple et flexible sous peine d'augmenter leur anxiété.

Deux exemples témoignant de notre pratique

- I.

Lorsque nous avons rencontré R, elle vivait déjà depuis plusieurs années entre squat et rue. R était en couple et ne bénéficiait pas de revenus propres mais de ceux de son ami. Tous deux étaient très méfiants vis-à-vis de l'offre sociale et ne fréquentaient pas les services. C'est en permettant à R de jouir d'un revenu et en venant "simplement" les rencontrer très régulièrement que nous sommes parvenus à installer une relation de confiance.

R est très demandeuse d'une relation garantie dans le temps et redoute d'être "abandonnée", en réaction à son histoire de vie. Elle a très peu de demandes vers des services car elle a tous ses repères ainsi que son ami à la rue ; le couple y vit depuis 30 ans.

R est alcoolique depuis autant de temps, souffre d'un handicap mental et a un chien qui compte pour elle au même titre qu'un enfant.

Notre travail avec R s'est effectué à plusieurs niveaux :

1°. Au point de vue financier et administratif, R a récupéré différents droits (revenus, adresse, carte d'identité, abonnement STIB,...).

2°. En ce qui concerne le logement, nous avons travaillé, dans un premier temps, vers une maison d'accueil où R pouvait être accueillie avec son chien. A cette époque, elle vivait des difficultés dans son couple ainsi qu'un retour difficile à la rue après avoir été expulsée d'un de ses squats.

Pour pouvoir rentrer en maison d'accueil, elle devait se

présenter sans odeur d'alcool, ce qui nécessite pour une alcoolique d'avoir un rendez-vous très tôt le matin. R a séjourné à deux reprises pour une durée de quinze jours dans cette maison d'accueil mais ne veut plus y retourner car elle devait s'abstenir de boire en contrepartie d'un traitement médicamenteux, mais aussi parce que cela lui coûtait trop cher et qu'elle se sentait obligée de rester avec son ami (qui l'appelait tous les jours à retourner à la rue et à boire).

Après cela, nous avons mis R en contact avec un service qui accompagne les personnes présentant des problèmes d'assuétudes et qui pouvait la soutenir dans une recherche de logement.

Dans un premier temps, nous sommes allés avec elle à ses rendez-vous de manière à faire le lien aussi efficacement que possible.

Par la suite, R s'y est présentée seule, à plusieurs reprises ; mais au fil du temps, elles s'est découragée devant le manque de résultats concrets et l'ampleur de la démarche (celle-ci nécessite de prendre le transport en commun pour un trajet d'une demi-heure ainsi que de rester dans un bureau durant plus ou moins heure sans boire ni fumer).

En vue de faciliter les choses, le travailleur du service en question est venu la chercher plusieurs fois dans son lieu de vie mais cela n'a pas empêché R d'annuler ses rendez-vous.

Malgré ces quelques difficultés et le fait qu'elle exprime régulièrement sa peur de se retrouver seule en logement (son ami ne veut pas quitter la rue et habiter avec elle), le travail entrepris suit son cours. Notons que différentes raisons ont poussé R. a ne plus fréquenter les services d'hébergement d'urgence : tirage au sort pour avoir une place, chien mis dans un garage pour la nuit, etc.

3°. A certains moments, R. présente des épisodes dépressifs et amène des idées suicidaires. Elle souffre également de troubles du comportement qui rend sa communication et son bien-être en groupe extrêmement difficile.

Le fait que R ait été placée enfant en institution et "forcée" de prendre un traitement, cumulé à un handicap qui l'empêche d'appréhender ses difficultés, explique qu'il ait fallu plusieurs années de travail et de collaboration avec son médecin traitant, avant qu'elle n'adresse une demande dans un Service de Santé Mentale.

R y a rencontré un psychiatre à plusieurs reprises, mais la confrontation à la structure nécessaire pour suivre un traitement a été difficilement vécue par elle ; ce qui l'a amenée à prendre ses distances.

A l'heure actuelle, où des conflits et changements sont en jeu dans son couple, R souhaite reprendre contact avec le Service de Santé Mentale dont elle garde malgré tout un bon souvenir.

4°. Tout au long des cinq années de travail avec R, nous avons soutenu des demandes d'activités quotidiennes,

de changement d'habitudes (les gens de la rue sont, pour beaucoup, statiques, que ce soit au niveau des déplacements ou des personnes avec lesquelles ils passent leur temps).

R a fréquenté plusieurs Centres de Contact mais a toujours été mise dehors en raison de son comportement (problématique de santé mentale).

Nous avons également accompagné R vers certains Centres de Jour mais l'instabilité sociale de R lui a fermé les portes de ce type de lieu (problématique sociale).

R cumule les difficultés sociales et psychiatriques et se retrouve donc à l'intersection de deux secteurs.

La difficulté tient également dans le fait qu'à chaque fois que R est "mise à la porte", cela renforce son aspect abandonnique.

Bien que l'utilisation des techniques de motivation par l'autonomisation soit limitée par le handicap mental de R., l'offre d'accompagnement par l'intermédiaire d'un travailleur de confiance, stable et « présent » lui a permis de s'inscrire dans un réseau qu'elle a évalué et qu'elle sait utiliser en fonction de ses besoins.

- II.

Nous nous sommes inquiétés pour F. il y a quelques années car son état de santé se dégradait de plus en plus. Il buvait énormément, s'isolait et était régulièrement victime de vols et d'agressions. A 50 ans, F. n'avait plus de mémoire à court terme et il devenait impossible d'élaborer avec lui des pistes de sécurité, de repos et de soins.

La collaboration ainsi que l'expertise médicale et psychologique de l'équipe mobile du SMES-B nous a permis de travailler, en plusieurs étapes, vers une solution adaptée au fonctionnement de F.

F. n'avait plus accès aux maisons de repos du réseau social en raison de difficultés "d'adaptation" lors d'un précédent séjour dans l'une de celles ci (agressivité, consommation d'alcool).

Après à un passage aux urgences et une hospitalisation, F. a séjourné, presque un an, dans une maison de convalescence en section gériatrique fermée. Une fois rétabli, ne supportant plus la structure et l'enfermement, F. est retourné en rue. Son état de santé s'est à nouveau dégradé et il a séjourné une seconde fois, durant plus de 6 mois, dans cette maison. Son séjour achevé, il n'a plus jamais souhaité y retourner.

Cette expérience avait été mal vécue par l'équipe soignante qui ne voyait pas de sens au fait de soigner quelqu'un pour que son état de santé se "re-dégrade" par la suite. Diogènes a rencontré cette équipe soignante afin de leur démontrer l'utilité de leur travail avec une population chronique présentant le type de difficulté rencontrée par F.

Depuis maintenant deux ans, F. habite une maison privée de soins pour personnes à problématique psy-

chiatricque, y compris les personnes souffrant du syndrome de Korsakof. Dans le respect de la problématique et du fonctionnement de F., cette maison fait preuve de beaucoup de flexibilité et de souplesse.

Pendant les premiers mois, l'équipe de Diogènes a consacré beaucoup de temps pour permettre à F. de trouver ses repères, une "place" au sein de cette maison. En effet, F. sortait le matin et ne se rappelait plus qu'il y résidait ; notre tâche consistait alors à retravailler ce lien et à le raccompagner à la maison de soins. Parallèlement à cela, nous avons travaillé vers une stabilisation par le biais d'une participation régulière au projet "Kodiel"⁶.

A l'heure actuelle, une ou deux fois par an, F. retourne pour quelques temps en rue, sans que son séjour ne soit pour autant remis en question par la maison de soins.

Notre rôle consiste à veiller à ce que, durant ces périodes à la rue, l'état général de F. ne se dégrade pas trop et à lui rappeler qu'il a à sa disposition un lieu de repos dans lequel il trouve sécurité et respect.

Compte tenu de la problématique de F., nous n'avons pas été en mesure d'utiliser les techniques spécifiques de motivation qui sont habituellement les nôtres ; nous avons donc adapté notre accompagnement et opté pour les méthodes flexibles qui s'inscrivent dans le cadre du "Bemoeizorg" (ingérence attentionnée). Désormais, F. bénéficie d'une autonomie, certes relative, mais qu'il est important qu'il puisse conserver.

Etant donné les problématiques présentes chez les personnes sans-abri et la particularité de leur cumul, il est illusoire d'attendre de leur part qu'elles fassent d'elles-mêmes les demandes scindées et structurées attendues dans les différents secteurs et services d'aide.

L'a.s.b.l. Diogènes a donc opté pour une philosophie de réhabilitation sociale visant l'autonomie de la personne et son inscription dans le réseau environnant.

Le travailleur de rue devient un accompagnateur de référence qui :

- Assure le lien et effectue auprès du public un travail de «présence» et de stimulation vers le changement ;
- Connaît la personne et a une vue globale de ses difficultés ;
- Centralise les informations et les expériences tout au long de la trajectoire de vie ;
- Connaît le réseau, y accompagne/aiguille la personne selon sa demande, ses démarches (facilitateur/médiateur) et peut lui apprendre à utiliser ce réseau comme ressource ;
- Rend compte au secteur de la réalité de la rue et des personnes qui l'investissent.

Le travail de « réhabilitation sociale » tel que pratiqué par l'a.s.b.l. Diogènes se distingue ainsi du travail de «réinsertion sociale», encore souvent proposé en réponse au phénomène du sans-abrisme.

1. Philippot P. et Galand B. *Les personnes sans-abri en Belgique. Regards croisés des habitants de la rue, de l'opinion publique et des travailleurs sociaux.*, 2003, Gent, Accademia Press.
2. Lohuis G., Schilperoot R. *Get Schout, Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken Voor OGGZ*, 2000, Groningen, Wolters – Noordhof.
3. Baart A. *Een theorie van de presentie*, 2004, Utrecht, Uitgeverij Lemma.
4. Ryan, R.M., & Deci, E.L. *Self-determination Theory (SDT) and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*, 2000, American Psychologist, 55, 68-78.
5. Miller, W.R. and Rollinck, S. *Motivational Interviewing: Preparing People to change*, Guilford Press, 2002, NY.
6. Zorgbourderij "Kodiel" : «Offre d'un large éventail d'activités, autour du travail à la ferme, aux personnes les plus marginalisées. Ce projet permet, à ces personnes ayant une perception négative d'elles-même ainsi qu'un fonctionnement déstructuré, de retrouver un rythme de vie sain et plein de sens.» kodiel@scarlet.be.



Dérive sociale et Santé mentale : 15 ans de travail au SMES-B

Dr. Serge ZOMBEK,
co-président du SMES-B (Santé mentale & Exclusion Sociale – Belgique).
Responsable du Service Médico-Psychologique du C.H.U. Saint-Pierre.

Il y a bientôt 15 ans, à Bruxelles, dans la foulée du deuxième séminaire du SMES-EU, une passerelle était définitivement jetée entre le secteur de l'aide sociale aux plus démunis et celui de la santé mentale afin de tenter de réduire la difficulté d'accès à des soins adaptés des «sans-abri malades mentaux», comme on les appelait alors.

Le constat qui soutient cette initiative n'était pourtant pas nouveau (avec le recul, il est loin de s'être évaporé) et peut ainsi s'énoncer : *«il est difficile de produire des réponses adéquates aux difficultés des personnes qui cumulent une situation de grande exclusion sociale, comme ceux que l'on dit « sans-abri », et des troubles médico-psychologiques.*

En même temps que les services sociaux et les maisons d'accueil disent déjà voir se détériorer l'état de santé mentale de leur public, les services d'urgences psychiatriques, les centres de santé mentale, les hôpitaux peinent à trouver les bonnes réponses pour aider cette population et ce, pour des raisons qui tiennent autant à la structure de l'institution qu'à la présentation particulière de ces tableaux cliniques.

Quelques acteurs des deux secteurs se prennent alors à rêver d'une rencontre professionnelle, concertante, régulière, vouée à l'exploration commune de ces marges, ou encore de ces bas de page en lesquels s'accumulent ceux que les professionnels ont coutume de nommer les «cas difficiles», de ce no man's land pourtant bien habité.

De ces partages d'expériences réguliers naîtront des espaces communs de nouvelles pratiques, des habitudes de «penser et agir de conserve», des connivences au profit de clients un peu moins rejetés de part et d'autre de la frontière «psychosociale».

Quinze ans après, cette «passerelle» a levé l'ancre et

été établi, au beau milieu de la «baie des naufragés»¹, une «plate-forme» à partir de laquelle se sont développés trois axes d'activités :

- L'élaboration collective de nouvelles pratiques par le biais d'un dispositif de rencontres «cliniques» de type «intervision» ;
- L'intervention individuelle et systémique auprès des usagers par le biais d'une cellule d'appui médico-psycho-sociale mobile ;
- L'interpellation sensibilisante et mobilisante des acteurs politiques régionaux.

L'intérêt du Séminaire de 1993, à Bruxelles, avait été de deux ordres : d'une part, il autorisait un certain nombre de professionnels à **ériger en postulat** le constat de ce que la clinique qui découle de rencontres avec ces malades mentaux qui vivent aux confins de la cité présente une spécificité à nulle autre pareille ; d'autre part, la rencontre intense et cathartique des deux secteurs de l'aide aux personnes, la santé mentale et l'aide sociale, fut à ce point fondatrice qu'ils ne se sépareront plus aussi facilement et qu'ils n'auront de cesse de cultiver cette «croisée des chemins» que nous appelons *«intersection»*.

Voilà, le mot-clef est lancé, le mot-pivot autour duquel les réflexions et les actions du SMES-B ne cessent de s'articuler, de s'accrocher, parfois de façon crispée du fait des «tendances» des professionnels à n'adosser leurs cliniques qu'à leur seul «secteur» de préoccupations.

«Intersection», s'il fallait ne retenir qu'un mot caractéristique du SMES-B, ce serait celui-là.

«Intersection», un terme dont la racine latine, *«secare»*, nous renvoie certes à la notion de coupure, de limite, de frontière mais en même temps, et c'est bien ce qui occupe le SMES, un terme qui définit la communauté d'intérêts et de soucis pour une même population. L'intersection de deux ensembles, c'est un

nouvel ensemble composé des éléments appartenant à la fois à l'un et à l'autre ; ce ne serait rien moins qu'une opération, une déconstruction de l'esprit, qui conjugue et qui s'oppose à la réunion ; c'est partager en gardant de sa spécificité. L'intersection entre les deux secteurs, c'est une «*siamoiserie* secondaire».

Le SMES-B sera donc, dès l'origine, un espace à la frontière, à l'extrémité, à la marge de chacun des deux secteurs de la santé mentale et de la grande exclusion sociale, un espace forcément décentré et qui est habité par les usagers les plus démunis, les plus aliénés (au sens où ils ne cultivent plus que peu de liens avec leurs semblables) et, par extension, avec les institutions.

Cet *espace-frontière* réunit des acteurs qui partagent une volonté de ne pas abandonner à la rue, à l'errance, ceux qui ne se laissent guère «enfermer» dans des «catégories» nosographiques conformes, sauf à la fameuse liste noire des réputés «intraitables». Ils acceptent, ce faisant, de réformer, peut-être, leur conception de la «maladie mentale», à coup sûr les modalités d'entrée en contact et d'aide à ces personnes farouches et peu demandeuses de soins. *Peu ou mal*. Car ces gens-là, Monsieur, quand ils concèdent à se fier à un interlocuteur, ils ont coutume d'adresser leur demande dès lors ambiguë à ceux qui, de prime abord, ne sont pas en mesure d'y accéder ! Pis encore, ils tolèrent fort peu la référence à un supposé «spécialiste» : ne pas se laisser découper, pour ne pas voler en éclat, en tous les sens, au moindre risque d'intrusion douloureuse.

Le SMES-B se préoccupe de ces femmes, de ces hommes qui sont affublés du stigmate de la «maladie mentale», parce qu'ils empruntent, sous une forme inédite, l'une ou l'autre catégorie de l'inventaire DSM IV ; parmi eux, certainement, l'on pourra compter des personnes dites schizophrènes, des paranoïaques, des mélancoliques, mais encore, et fréquemment parce que ces troubles sont presque systématiques en raison de la pression de leur environnement hostile, les troubles liés à l'usage de substances (drogues illicites et licites, comme l'alcool).

Nombreuses parmi elles auront subi quelque traumatisme psychique ou physique et présenteront des troubles dépressifs et anxieux plus ou moins chronifiés.

Mais ces personnes souffrantes ont la très mauvaise habitude de résister autant qu'elles peuvent à se laisser «transférer» vers les professionnels de la santé mentale. De même qu'elles voyagent dans la ville avec l'entièreté de leur avoir dans leurs sacs, de même lâchent-elles bien difficilement la proie du soutien social pour l'ombre de l'aide psychologique. C'est là la moindre de leur résistance au risque du changement.

Le passage d'un secteur à l'autre est donc toujours de notre fait professionnel, rarement du leur. C'est d'ailleurs de cette situation que découle, encore trop souvent, cette propension que les professionnels ont à s'adonner à ce que nous avons rapidement identifié

comme un sport typique de la rencontre brutale des deux secteurs : *le ping-pong psychosocial*.

Quelles sont les règles de ce sport qui est encore très populaire à Bruxelles et ce, malgré le décroisement de longue date annoncé ?

Deux joueurs (ou équipes de joueurs, parce que ça se joue surtout en collectif, l'union fait la force), appartenant chacun à un secteur d'activités bien différent (pour qu'il n'y ait pas la moindre confusion) : la santé mentale, d'un côté, et le secteur social, de l'autre, décident de jouer ensemble une partie de ping-pong psychosocial.

Le terrain des opérations est séparé en deux surfaces, chaque joueur demeurant dans son camp sauf pendant les pauses (que l'on appelle concertation, séminaire, congrès, etc...) au cours desquelles ils donnent parfois l'illusion qu'ils se parlent et échangent quelques bons mots.

Entre les deux camps (pas encore l'intersection, et pour cause), est érigé un filet qui s'élève à la verticale, plus ou moins haut, comme pour indiquer la différence de nature des interventions dans les deux camps, un filet aux mailles plus ou moins serrées pour empêcher l'objet qui va être mis en jeu, le «Sans-Abri Malade Mental», l'oncle SAMM.

Le médiateur de leur opposition sportive, c'est l'objet volant mal identifié, le SAMM, qui va être régulièrement envoyé, au gré des crises qu'il traverse, par-dessus le filet, d'un terrain à l'autre, avec plus ou moins d'adresse, plus ou moins de force, d'à propos.

Il va sans dire que, tôt ou tard, à ce petit jeu-là, l'utilisateur se retrouve arrêté net par le filet, et échoue lourdement soit d'un côté, soit de l'autre, au grand bonheur d'un des secteurs qui crie momentanément victoire (et bon débarras), face à l'autre qui pense déjà à la revanche et la belle. Puis, une fois le match terminé, chacun s'en va de son côté, laissant le SAMM épuisé, jusqu'à la prochaine partie.

Dispositif d'échanges «cliniques» de type «intervention»

Le SMES, constitué de «centrifuges» de ces deux secteurs, a décidé de modifier les règles de ce jeu un rien cruel en s'installant à l'intersection des deux camps et en y installant un entrelacs d'idées et d'actes propres à amortir les chutes les plus douloureuses de ces sujets errants peu identifiés.

Et qu'est-ce qu'on y fait, dans cette intersection ? On se raconte des histoires, des rencontres difficiles, des préoccupations communes, on fait connaissance, on apprend à se connaître, à se fréquenter pour le meilleur et pour le pire, tout au bénéfice des usagers dont on partage le souci.

Les questions sont posées à chacun, en miroir :

comment intervenir sans rompre le peu de lien laborieusement confectionné ? Comment donner à l'usager rétif un statut de partenaire d'un projet de santé ? Comment soigner dans le lieu d'accueil et/ou accueillir dans le lieu de soins ?

C'est autour de ces questions que la nécessité d'une *pratique d'intersection continuée* s'est imposée, que le SMES-B organise, régulièrement, sous la forme de groupes d'intervision, un espace de travail permanent, propre à construire un discours, des représentations, des valeurs communes à propos des situations ainsi partagées du côté de la responsabilité.

Cet espace permet de créer liens et cohérences dans une continuité qui excède les besoins immédiats des usagers.

Pendant quelques années, chaque mois, ces ateliers ont réuni une soixantaine de professionnels des deux secteurs et les ont invités à penser ensemble leurs pratiques à l'adresse de ces usagers itinérants ; en même temps qu'ont été partagées les habiletés, des liens se sont tissés qui fonderont, le moment venu, le support d'une intervention, d'une démarche, d'une véritable rencontre.

Ne plus être seul à penser une histoire qui semble pour une part excéder nos compétences, telle est la première fonction de l'atelier d'intervision ; offrir aux pratiques de chacun une assise suffisamment large pour qu'elle s'autorise des innovations, voilà une autre des fonctions de ces ateliers.

Si elle permet d'explorer, in vitro, de nouvelles pistes de travail, de mettre à jour les obstacles, l'«intervision» constitue encore un espace protégé. Et entre chaque séance, chacun s'en retourne vers son espace de pratiques organisé par des rythmes et des modes d'action différents.

Il n'est donc guère étonnant qu'après une lune de miel plus ou moins longue où chaque intervenant idéalise les capacités des autres acteurs et les siennes propres à leur contact, capacités à modifier les «transferts» en même temps que ses propres représentations, la déception se soit parfois insinuée devant ce que nous pourrions abusivement considérer comme des résistances à ces changements de mentalité des professionnels.

C'est donc au cours même de ces «ateliers» d'intervision que l'ébauche d'une action sur le terrain de la rencontre s'est progressivement esquissée pour donner le jour, bientôt, à la Cellule d'Appui mobile...

Cellule d'appui médico-psycho-sociale mobile

Le problème à résoudre, c'est que les usagers auxquels nous pensons continuent à poser toutes leurs questions, à montrer toutes leurs difficultés à l'endroit même où ils sont et non là où la cité et les profession-

nels aimeraient les voir posées ou montrées. Et de même que certains dispositifs ont été développés pour permettre aux professionnels d'aller à leur rencontre afin d'établir un contact, un lien, une certaine alliance de travail, de même, l'évidence s'est imposée au SMES-B de ce que l'accès aux soins aux plus aliénés imposait une certaine mobilité à cette pratique d'intervision et qu'il fallait qu'elle soit doublée d'une dimension d'intervention et de liaison entre les divers intervenants.

C'est à partir de cette présumée nécessité que le SMES a créé, en ce début d'année 2002, un petit dispositif, de type recherche-action, mobile, la cellule d'appui médico-psycho-sociale.

Différente par principe d'un pseudopode, d'une antenne, d'une «ambulance» issue du secteur de la santé qui interviendrait, une fois alertée par un secteur social, de l'existence d'un usager en perte, pour le ramener dans les droits chemins, il s'agit au contraire d'un dispositif qui vient compléter autour de l'usager, en contact avec lui cette fois, l'offre locale et y mettre en pratique, de façon à la fois plus intensive et plus directe, les principes de *l'intervision* (on aurait tout aussi bien pu l'appeler Cellule d'intervision mobile) : construire avec l'entière participation des professionnels impliqués et avec l'usager cette fois, un scénario d'aide et de soins crédible pour toutes les parties, créer et maintenir dans le temps des liens entre les intervenants de toutes les instances convoquées pour la circonstance «critique», créer un réseau sur mesure qui excède le temps de la crise et redonne ainsi à chacun une perspective sécurisée, au long cours.

Cette cellule d'appui, cellule sur laquelle s'appuient l'intervention, la conception, le scénario d'aides et de soins, est à disposition des usagers des services au travers des professionnels qui ont gagné leur confiance, leur complicité. Les professionnels ainsi reliés et adossés à cet atelier mobile expérimentent des pratiques qu'ils n'avaient jusqu'alors qu'effleurées (de trop loin ou trop peu de temps) ; ils ne sont plus seuls avec leurs questions et leurs craintes et ne travaillent plus sans filet ; il peuvent enfin envisager de travailler cette situation dans le long terme, ensemble... même s'ils savent que ce terme sera probablement fractionné par l'histoire de l'usager qui occupe leur intérêt.

La cellule promeut enfin une formation continuée car elle est composée de professionnels issus des institutions partenaires du SMES, qui en sont détachés quelques heures afin qu'en retour, leur expérience, semaine après semaine, soit de nature à percoler de manière lente et progressive jusqu'au plus profond des pratiques de l'institution détachante.

Après trois ans de fonctionnement, dûment accompagnée par une recherche-action commanditée par la COCOM sous l'égide de l'Observatoire de la Santé et de la Pauvreté, voici les objectifs que la Cellule a pu décliner de façon plus précise :

- Créer une clinique nouvelle, car intersectorielle, qui étend la mobilité à la fonction psychique des inter-

venants qui s'en vont travailler, poser leur modèle, sur le terrain des autres ;

- Adapter les pratiques au public et non le contraire ;
- Eviter le morcellement de ce public marginalisé en autant d'intervenants ;
- Favoriser la collaboration sans se substituer ;
- Mettre à jour des réponses concertées questionnant, voire bousculant, les pratiques ;
- Induire « toujours » une prise en considération globale et cohérente ;
- Faciliter l'accès, l'accueil, un traitement malgré la dérive sociale extrême et la discontinuité qui en découle.

La sensibilisation et la mobilisation politique par la demande de financement

Il va sans dire que la mise sur pied de cette cellule, jusqu'il y a peu composée de 10 heures de psychiatre et de deux mi-temps d'un travailleur social et d'un psychologue, a nécessité que des pouvoirs publics soient convaincus, non seulement du bien-fondé de cette démarche, mais encore du « sacrifice » financier que cette option représentait.

A ce titre, la quête des moyens financiers est extrêmement intéressante dans la mesure où elle impose de redessiner les contours du projet en fonction non seulement de la clinique au service des usagers, mais encore des contradictions du paysage institutionnel de la région.

Plusieurs Ministres ont donc été entrepris, interpellés, mobilisés, pour soutenir le projet ; dans un premier temps, ils ont tenté de se le renvoyer, comme nous le faisons jadis de l'utilisateur malade mental sans-abri ; « ceci ne relève pas de ma compétence », dit le Ministre des Affaires Sociales ; « nous ne sommes pas disposés à suppléer ce que le secteur de la Santé Mentale devrait assumer avec ses institutions », de même avons-nous pu entendre pareille réserve de la part de la Santé Mentale ; fidèle à ses thèses, le SMES-B a proposé aux différents Ministres compétents de se situer à l'intersection de leurs territoires et de co-financer de manière égale un projet qui rompt, partiellement au moins, avec les traditions *morcelantes*.

La résistance des pouvoirs publics à soutenir financièrement un projet d'intersection, une fois la mauvaise humeur passée, a été considérée comme un gage de pertinence.

En effet, dans un paysage institutionnel où il est de tradition de morceler les problématiques en autant de « compétences » politiques et, dans un même temps, de revendiquer celles de son voisin, sous une forme tantôt critique (« il ne fait pas son boulot »), tantôt phagocytaire (« je le ferai à sa place et mieux que lui »)², il est finalement encourageant de devoir batailler pour que deux Ministres (voire plus à Bruxelles, patchwork institutionnel) co-financent un projet hybride.

Cette hypothèse nous confirme également que cette

population, parmi la plus difficile à aborder selon les modèles jusqu'ici développés, a fonction d'analyseur de nos cités dont elle est issue et qu'elle interroge quant à leur capacité d'inclusion sociale.

Parce que cette problématique complexe pose de façon caricaturale la question du morcellement des analyses et des actions des secteurs de l'aide aux personnes, le SMES-B prétend ainsi apporter une contribution supplémentaire à la construction d'une cité cohérente, « matricielle », c'est-à-dire qui prend en compte l'Homme, a fortiori l'Homme en souffrance, en interaction, en osmose avec son environnement, même si celui-ci se situe dans la marge.

Dis-moi combien tu produis de SAMM et comment tu les « traites », je te dirai qui tu es ! C'est probablement cette question que le SMES-B désire poser à ceux qui ont la responsabilité d'une ville pour tous.

Epilogue

Depuis plus de dix ans, centré sur une population stigmatisant de façon caricaturale les difficultés des institutions à produire des réponses globales et cohérentes aux problèmes complexes, multifactoriels, poly-déterminés, le SMES-B a expérimenté les nouveaux paradigmes de l'action socio-sanitaire : l'aller-vers (outreach), le bas seuil d'accès, la réduction des dommages, l'intervention en réseau pluridisciplinaire. Souvent dédaigné par le « politique » au profit des options sectorielles monolithiques, souvent critiqué par les interventionnistes et autres socio-urgentistes pour son option concertante, non moins abusivement tenu par les « analyseurs de la demande » pour un nouvel avatar de la « flichiatrie » urbaine, le SMES-B se voit aujourd'hui reconnu, enfin diront certains, comme un des réseaux santé de l'agglomération bruxelloise, par la COCOF et par le niveau fédéral cette fois, comme modèle d'approche des souffrances psychiques par la « rencontre » des usagers des services sociaux (restaurants sociaux, maisons d'accueil, travail de rue, habitats protégés) au cour des dispositifs qui leur sont destinés.

Gageons que le SMES-B aura ainsi contribué au décloisonnement des approches visant à promouvoir la santé que l'on dit être aussi un droit.

1. Declerck P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001, collection Terre Humaine.
2. Tendances dont le secteur de la santé mentale a souffert lors de la mise en place des contrats de sécurité et de société, au cours des années 90.

Santé mentale et Précarités

Désinsertion et Souffrance psychosociales

Publications de référence

Santé mentale, ville et violences – Sous la direction de **Michel Joubert** – 358 pages – Ed. Eres – 2003.

Psychiatrie dans la ville – Pratiques et clinique de terrain – **Jean-Pierre Martin** – 224 pages – Ed. Eres – 2000.

Santé mentale en actes – De la clinique au politique – Sous la direction **Jean Furtos** et **Christian Laval** – 360 pages - Ed. Eres – 2005.

Répondre à la souffrance sociale – Sous la direction de **Michel Joubert** et **Claude Louzoun** – 190 pages – Ed. Eres – 2005.

Psychiatrie et folie sociale – **Jean-Paul Arveiller** – 256 pages – Ed. Eres – 2006.

Usagers de la psychiatrie : de la disqualification à la dignité – L'advocacy pour soutenir leur parole – **Martine Dutoit-Sola** et **Claude Deutsche** – 168 pages – Ed. Eres – 2001.

Les formes élémentaires de la pauvreté – **Serge Paugam** – 276 pages – Ed. Presses Universitaires de France – 2005.

La disqualification sociale – **Serge Paugam** – 256 pages – Ed. Presses Universitaires de France – 2004.

L'exclusion : l'état des savoirs – Sous la direction de **Serge Paugam** – 583 pages – Ed. La découverte – 1996.

Les métamorphoses de la question sociale – **Robert Castel** – 813 pages – Ed. Gallimard-Jeunesse – 1999.

L'insécurité sociale : Qu'est-ce qu'être protégé ? – **Robert Castel** – 96 pages – Ed. Seuil – 2003.

L'ordre psychiatrique : L'âge d'or de l'aliénisme – **Robert Castel** – 334 pages – Ed. Le sens commun – 1977.

Quand la ville se défait : Quelle politique face à la crise des banlieues ? – **Jacques Donzelot** – 185 pages – Ed. Seuil – 2006.

Les inégalités multipliées – **François Dubet** – 74 pages – Ed. L'Aube – 2004.

Les pauvres – **Georg Simmel** – 102 pages – Ed. PUF – 2005.

La fabrique des exclus – **Jean Maisondieu** – 258 pages – Ed. Bayard – 1997.

Les sources de la honte – **Vincent de Gaulejac** – 222 pages – Ed. Desclée de Brouwer - 1999.

La fatigue d'être soi – **Alain Ehrenberg** – 413 pages – Ed. Poche O.Jacob – 1998.

Les naufragés – **Patrick Declerck** – 457 pages – Ed. Plon - 2001.

Quelques livres en plus par ordre alphabétique d'auteurs :

Miguel Benasayag. *Le mythe de l'individu* - 176 pages - Ed. La découverte - 1998, 2004.

Miguel Benasayag et **Gérard Schmit**. *Les passions tristes, Souffrance psychique et crise sociale* - 187 pages - Ed. La Découverte - 2003, 2006.

Groupe de Recherche Quart Monde-université. *Le croisement des savoirs, Quand le Quart Monde et l'Université pensent ensemble* - 525 pages - Ed. Quart Monde - 1999

Sous la direction de **Saül Karsz**. *L'exclusion, définir pour en finir* - 174 pages - Ed. Dunod- 2004.

Viviane Kovess-Masféty. *Précarité et santé mentale* - 103 pages - Ed. Doin, Références en Psychiatrie - 2001.

Thérèse Potekov et **Dr. Maurice Titran**. *Vies de familles, un autre regard sur l'exclusion* - 142 pages - Ed. Gallimard - 1996.

Jean-Bernard Robichaud et **collaborateurs**. *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale* - 222 pages - Ed. Gaëtan Morin (Québec) - 1994.

François Sicot. *Maladie mentale et pauvreté* - 247 pages - Ed. L'Harmattan - 2001.

Sites internet de référence

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale
<http://www.luttepauvrete.be/>

Site du S.P.P. Intégration sociale
<http://ocmw.fgov.be/>

Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme
<http://www.diversiteit.be/CNTR/FR/>

Fondation Roi Baudouin
<http://www.kbs-frb.be/code/home.cfm>

Observatoire de la santé et du social Bruxelles
<http://www.observatbru.be/>

Politique des grandes villes
<http://www.grootstedenbeleid.be/subsites/politiquesdesgrandesvilles/index.asp?ContentType=HO&Content=index.htm>

Portail pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion en Belgique
<http://www.pauvrete.be/>

Portail de référence sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Europe
<http://www.eapn.org/code/fr/hp.asp>

Portail Commission européenne santé mentale
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_health_fr.htm

Smes Europe
http://www.smes-europa.org/home_fr.htm

Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité
<http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/>

Centre de Recherche Psychotropes, Santé mentale, Société
<http://www.cesames.org/spip/>

Portail Santé Mentale et Cultures
<http://www.minkowska.com/>

Santé, Inégalités, Ruptures Sociales
<http://www.u707.jussieu.fr/sirs/>

Observatoire des inégalités
<http://www.inegalites.fr/>

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
<http://www.social.gouv.fr/hm/pointsur/onpes/sommaire.htm>

Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé
<http://www.omiss.ca/>

Ligue Française pour la Santé Mentale
http://www.lfsm.org/article.php3?id_article=59

Réseau documentaire en santé mentale – Ascodocpsy
<http://www.ascodocpsy.org/>

Revue santé mentale
<http://www.santementale.fr/>

Psy Desir
<http://www.psy-desir.com/>

Centre National de Documentation Audiovisuelle en Santé Mentale
<http://www.cnasm.prd.fr/cnasm/fiche.asp?ID=177>

Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
<http://www.mnasm.com/>

La psychiatrie française sur internet
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/>

ATD Quart Monde
<http://www.atd-quartmonde.org/>

Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-abri
<http://www.feantsa.org/code/fr/hp.asp>

Accessibles au Psycendoc

Santé mentale,
Désinsertion et Souffrance psychosociales

Bibliographie thématique:

SDF - Travail de rue - Chômage - Exclusion - Réfugiés

SDF

- **Dossier thématique du Psycendoc : Précarité** : Généralités, Logement, SDF, Exclusion sociale, Parentalité et précarité, Rôle des professionnels et précarité
- **Article** : *La Santé mentale des personnes sans-abri à Bruxelles*, P. Philippot, Cath. Lecocq, E. Baruffol, Ag. Parez, Ben. Galand (Acta Psychiatrica Belgica, n°104/2, 2004, p.95)
- **Livre** : *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Patr. Declerck. Ed. Plon, Paris, 2001, 455 p. (Pocket, Terre Humaine Poche, n°11846, coll. dir. Par J. Malaurie)
- **Livre** : *SDF, l'obscénité du malheur*, Pierre Babin. Ed. Erès, Ramonville Saint-Agne, 2004, 119 p. (Collection Humus, Subjectivité et lien social, dir. J.-P. Lebrun)
- **Article** : *Médecins des sans-abris. Le parcours atypique de X. Emmanuelli, ancien secrétaire d'Etat à l'Action humanitaire d'urgence*, Stéphan. Calmeyn. (Sélection, décembre 1998)
- **Dossier** : *Sans abri, SDF ... : l'errance aujourd'hui. 1ère partie*. (Bruxelles Santé, n°40, oct/nov/déc 2005, p.8 à 15)
- **Article** : *L'aliénation du sujet sans domicile fixe au regard de l'histoire des aliénés du vagabondage*, Valérie Colin (Cahiers de Psychologie Clinique, L'Aliénation, n°13, 1999/2)
- **Article** : *Travailler avec des bénévoles : l'écoute dans un lieu d'accueil de jour pour « SDF »*, J. Mégard (Dialogue, n°162, Ces souffrances qui nous obligent à inventer, 4ème Trim. 2003, p.71)
- **Article** : *L'aide sous contrainte aux personnes sans-abri*, Sylvie Gérard (Confluences, n°13, mai 2006, p.12)
- **Article** : *Pratique soignante : Diogène, une équipe mobile santé mentale et précarité*, J. Debieve, Val. Petit (Soins Psychiatrie, n°244, mai/juin 2006, p.45)
- **Article** : *L'enfermement dans l'errance : des solutions d'urgence aux solutions durables ...*, M. Simard (in La Santé Mentale en Actes. De la clinique au politique. Dir. J. Furtos, Christ. Laval, J.-J. Queyranne, ... Ed. Erès, Cahors, nov. 2005, 357 p. (Etudes, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe, dir. Cl. Louzoun))
- **Recherche** : *La problématique des personnes sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale. Rapport final*. Andr. Réa, Patr. Schmitz, Nic. Mondelaers, Dav. Giannoni. Institut de Sociologie. Groupe d'étude sur l'Ethnicité, le Racisme, les Migrations et l'Exclusion (GERME), Janvier 2001, 160 p.

TRAVAIL DE RUE :

- **Livre** : *Le travail de rue en Communauté française. Rapport de recherche pour la FRB*. C. Schaut., L. Van Campenhoudt Fondation Roi Baudouin, 1994, Bruxelles, 111 p.
- **Toute la revue** : *Démarche en rue, oui mais dans quel sens ? - Espaces publics, espaces privés : qui se donne à voir dans la rue ? Qu'y voit-on ? - La misère des autres - Cultures urbaines*
A. Horowitz, A ; -F. Raedemaeker, A. Lapiower, Pasc. Jamouille, C. Denis, E. De Boevé, ... (Travailler le social, n°36, 2004)

CHOMAGE

- **Dossier thématique du Psycendoc : Chômage**
- **Livre** : *Les conséquences psychologiques et sociales du chômage*. Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1987, 116 p.
- **Livre** : *Les effets du chômage de longue durée sur la santé*. Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1987, 57 p.
- **Dossier** : *Chômage et santé mentale. Histoire et politiques*. (Santé Mentale au Québec, Vol XII, n°2, novembre 1987)
- **Article** : *Le sujet au coeur de la nouvelle question sociale*, Abr. Franssen (Revue Nouvelle, n°12, décembre 2003, in dossier : Les nouvelles figures de la question sociale, p.10)
- **Article** : *L'identité des chômeurs*, Donat. Desmette (Revue Nouvelle, n°12, décembre 2003, in dossier : Les nouvelles figures de la question sociale, p.88)
- **Article** : *Que nous apprennent les dispositifs mis en place par les privés d'emploi ?*
A. Bergeron, Bern. Doray (in La Santé Mentale en Actes. De la clinique au politique. Dir. J. Furtos, Christ. Laval, J.-J. Queyranne, ... Ed. Erès, Cahors, nov. 2005, 357 p. (Etudes, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe, dir. Cl. Louzoun))
- **Dossier Bibliographique** (1975-1997) *Santé Mentale et Pauvretés* réalisé par le Groupe Quart-Monde de la LBFSM (Marie-Christine de Leval, Pascal, Graulus) sous la dir. de Luc Colinet, Bruxelles, 1997, 108 p.
- **Livre** : *Normalisation de l'exclusion sociale : pourrions-nous faire l'économie du conflit ?* Conseil Bruxellois de Coordination sociale, 03/12/1992
- **Colloque** : *Santé Mentale. Exclusion sociale*. Acte du 2ème séminaire européen de l'assistance à la resocialisation. Bruxelles, 2/4 décembre 1993. Conseil Régional Européen de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale, L.B.F.S.M.
- **Colloque** : *Les premiers signes d'exclusion*. Colloque du 22/05/1992, Le SAS. Centre de Guidance d'Evere
- **Colloque** : *De l'exclusion à la participation. Un défi impossible. Santé Mentale / Exclusion Sociale*, Paris, 18/20 mai 1995. Conseil Régional Européen.
- **Article** : *Contre l'exclusion et pour de meilleures prestations sociales*. (Solidarité Santé, n°4, Juillet/Août 1998, p.8)

- **Article** : *La souffrance psychique dans l'espace public : une question politique ?* M. Passi (in La Santé Mentale en Actes. De la clinique au politique. Dir. J. Furtos, Christ. Laval, J.-J. Queyranne, ... Ed. Erès, Cahors, nov. 2005, 357 p. (Etudes, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe, dir. Cl. Louzoun))
- **Article** : *La santé mentale : permettre à chacun de trouver sa place, pour mieux vivre ensemble*, J.-J. Queyranne (in La Santé Mentale en Actes. De la clinique au politique. Dir. J. Furtos, Christ. Laval, J.-J. Queyranne, ... Ed. Erès, Cahors, nov. 2005, 357 p. (Etudes, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe, dir. Cl. Louzoun))
- **Article** : *Prévalences des troubles psychiques et caractéristiques socio-économiques : éléments pour une analyse de l'exclusion et de la précarité*. J.-P. Castelain (Information Psychiatrique, Vol 81, n°4, avril 2005, p.351)
- **Article** : *Fonctions des Centres de SM par rapport aux premiers signes de l'exclusion*. J. Cornet (Quarto. Bulletin de l'Ecole de la Cause Freudienne en Belgique, n°58, 1995, p.45)
- **Dossier** : *Economie souterraine ou économie des exclus*. (Cahiers de Prospective Jeunesse, Vol 4, n°3, 3^{ème} Trimestre 1999, p.3 à 26)
- **Dossier** : *Réponses à l'isolement social*. (Bis, février 2005, n°154)
- **Dossier** : *Pauvreté, contrôle social et (dé)stigmatisation : Tome 2 : Vers d'autres regards ... du côté des professionnels*.
 - . Désinsertion sociale et santé mentale.
 - . Dérive sociale et santé mentale : 10 ans de travail du SMES-B.
 - . Logique néo-libérale de la responsabilisation et accès aux soins de santé. Entre capitalisme débridé et décroissance unilatérale : la 3^{ème} voie de la sobriété universelle.
 - . *Pauvres de nous : pratiques de la pauvreté urbaine, ouvrage de Yvan Mayeur.*
 - . *Regard d'une équipe de Promotion de la Santé à l'Ecole sur son travail avec les élèves primo-arrivants : du sens dans le non-sens.* Luc Collinet, S. Zombek, Christ. Léonard, ... (Cahiers de Prospective Jeunesse, Vol 10, n°4, 4^{ème} Trim. 2005)
- **Dossier** : *Support social et souffrance psychique*.
 - . *Les défis pour une nouvelle solidarité sociale*
 - . *Problématiques émergentes en santé mentale : souffrance sociale, reconnaissance et luttes des places*
 -
 J. Paul, M. Tousignant, M. Joubert, Institut Félicien Rops, Christ. Panier, Dom. Baré, Mag. Hirsoux, Fr. Turine ... (Confluences, n°10, Juin 2005, p.17 à 48)
- **Etude** : *Etude des moyens de lutte contre l'isolement social et la marginalisation + témoignages*, An. Perdaens, Juillet 1997, Juin 1998
- **Etude** : *Rapport conjoint sur (l'inclusion sociale) 2004*. Commission européenne. Emploi & Affaires sociales. Bruxelles, mai 2004, 277 p. (Sécurité sociale & insertion sociale)
- **Etude** : *Recherche sur les besoins et ressources en région bruxelloise en matière de prise en charge psychosociale pour réfugiés / demandeurs d'asile* (Ulysse, asbl). Rapport intermédiaire, Alain Vanoeteren, Janvier /Juin 2002. Bruxelles
- **Etude** : *L'accueil des réfugiés politiques et des demandeurs d'asile. Problèmes psycho-sociaux*. Journée d'études, Bruxelles, 7 novembre 1985. LBFSM, 1986, 68 p.
- **Etude** : *L'intégration des réfugiés politiques : réalité ou utopie ?* Journée d'étude, Bruxelles, 19/12/1986. L.B.F.S.M., 1987, 46 p.
- **Article** : *Problème psychologique de l'exil*, M.F. Kalman-Laroque (Annale Psychiatrique, 10/1, 1995, p.55 à 60)
- **Article** : *Le processus d'intégration des réfugiés, facteur explicatif majeur dans l'intervention*, A. Jacob (Santé Mentale Québec, XVIII/1, 1993, p.193-209)
- **Article** : *Les réfugiés, politiques et pratiques*, A. Jacob (Canadian Journal Comm. Mental Health, 12/1, 1993, p.45-57)
- **Article** : *L'utilisation de l'approche systémique lors de la thérapie avec des familles de réfugiés politiques*, J. Barudy (Thérapie Familiale, 10/1, 1989, p.15-31)
- **Article** : *Processus d'inscription dans la société d'accueil des familles en attente d'un statut de réfugié et de leurs enfants*. Notes de recherche (L'Autre, 2003, Vol 4, n°3, p.471)
- **Article** : *Réfugiés : à quand un nouveau statut ?* (Bruxelles Santé, n°17, mars 2000, p.22 à 23)
- **Article** : *Un cauchemar dans la trousse d'urgence. L'accueil «ethnopsy» des patients réfugiés*, Dan. Pierre (L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés, 2004, Vol 5, n°3, p.423)
- **Article** : *Un improbable refuge. Les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile* (Psychothérapies, 2004, Vol 24, n°4, p.215-222)
- **Article** : *Clandestins : Interview de Lucio Di Pietro : Le trafic de réfugiés dépasse le marché de la drogue* (Imagine, n°28, nov. 2001, p.33)
- **Article** : *Santé des populations défavorisées : Dans la progression du trajet d'exil*, Th. Goorden, (Le Journal du Médecin, n°1673, 10/05/2005, p.38)
- **2 articles** : *Prendre en charge la santé en exil : écouter et entendre autrement – Ouvrir une boîte à tiroirs*, Th. Goorden (Journal du Médecin, n°1693, 06/09/2005, p.30)
- **2 articles** : *Soigner les maux de l'exil : réfugié et soignant dans un entre-deux – Traiter l'humain, soigner le non-visible* (Journal du Médecin, n°1695, 13/09/2005, p.38)
- **Article** : *Effets psychiques de la demande d'asile*. Al Saad Egbariah, A. (Dialogue, n°162, Ces souffrances qui nous obligent à inventer, 4^{ème} Trim. 2003, p.101)

REFUGIES

- **Dossier thématique du Psycendoc** : **Réfugiés / demandeurs d'asile / droit d'asile**
- **Livre** : *Clinique de la reconstruction. Une expérience avec des réfugiés en ex-Yougoslavie*, A. Chauvenet, L'Hartman, Paris, 1996, 207 p.

- **2 articles** :
 - *L'asile en souffrance : une tentative de prévention*
 - *Entre terre natale et terre d'accueil. Pour une clinique citoyenne des demandeurs d'asile* (in La santé mentale en actes. De la clinique au politique. Dir. Furtos, J., Laval, Christ., Queyranne, J.-J. Erès, Cahors, novembre 2005, 357 p. (Etudes, Recherches, actions en santé mentale en Europe, dir. Cl. Louzoun))

■ **Toute la revue** : *Asiles*. Minard, M., Perrier, Edm., Cachard, Cl., Mol, N., Benadiba, M., Kania, E., Maisondieu, J., Ponce, Hub., Faugeras, Patr., Rochet, M., Bonnet, M., Franchi, G. G., Frank Allen, D., Chafaï - Salhi, H. / Blondeau, J.-M. (Sud / Nord, n°11, 1999)

■ **Dossier** : *L'Exil comme épreuve de rupture : Santé mentale et réfugiés*. (Trans-faire n°23, mai / juin 2002)

Les numéros de la revue *Rhizome* qui sont disponibles au *Psycendoc*

RHIZOME.

BULLETIN NATIONAL SANTE MENTALE ET PRECARITE,
Ed. Orspere. Ch Le Vinatier. Bron (France), Trimestriel

2000 :

n°1 : *Interpellations*

n°2 : *Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin*

n°3 : *L'offre de soin, entre politique et subjectivité*

2001 :

n°4 : *Précarité visible, précarités invisibles*

n°5 : *La souffrance psychique aujourd'hui, un concept évident et incertain*

n°6 : *"Jeunesse, le devoir d'avenir"*

n°7 : *Habiter*

2002 :

n°8 : *La psychiatrie publique en questions ?*

n°9 : *La psychiatrie publique en questions ?*

n°10 : *La psychiatrie publique en questions ?*

2003 :

n°11 : *La souffrance est-elle sexuée ?*

n°12 : *Victimologie en excès ?*

n°13 : *Transparence, secret, discrétion*

2004 :

n°14 : *Violences à la personne*

n°15 : *Dépasser l'urgence*

n°16 : *Territoires : limites et franchissements*

n°17 : *Ethique de l'intervention, conflits de légitimité*

2005 :

n°18 : *Pour-parlers enfance-psychiatrie*

n°19 : *Psychologues en tension*

n°20 : *Pratiques d'accompagnement*

n°21 : *Demandeurs d'asile*

2006 :

n°22 : *La médecine générale à corps et à cris*

n°23 : *Danger, dangerosité et peur : récuser le pouvoir prédictif*

Psycendoc

Centre de documentation de la L.B.F.S.M.

53, rue du Président - 1050 Bruxelles, 1er étage

Horaire

Lundi et mardi de 12h.30 à 16h.30

Mercredi de 10h.30 à 13h.30

Libre accès au public et demandes par téléphone

Renseignements : **Ariane Coppens**,

tél: 02 501 01 20

fax: 02 511 52 76

e-mail: psycendoc.lbfsm@skynet.be



Journée d'étude

LA PLACE DU PSYCHOLOGUE A L'HOPITAL :

POUR QUEL CORPS A CORPS ?

Samedi 3 février 2007

au **CHU BRUGMANN**
Place Van Gehuchten, 4 - 1020 Bruxelles

Auditoire P.P. Lambert
(face à l'entrée principale du CHU Brugmann)

Argument

De plus en plus, certains « psys » choisissent d'exercer leur métier en milieu hospitalier.

Un travail qui a pour objectif de donner la parole au sujet dans toute sa singularité face à l'atteinte corporelle à laquelle il est confronté par la réalité de la maladie.

Une pratique qui suscite un questionnement :

- Quelle hospitalité pour le « psy » en milieu médical au vu des progrès et des interrogations nouvelles de notre société concernant la santé ?

- Quelles sont les attentes auxquelles il est confronté, qu'elles viennent de l'institution, des soignants, des patients ou des proches ?

- Comment peut-il exercer sa spécificité et dans quelles limites ?

- Comment appréhender le corps psychique quand le corps somatique parle et qu'il est l'objet de tous les soins ?

Programme

Matinée

9h30

Mot d'accueil

Françoise Daune

Psychothérapeute Psychanalytique, CHU-Brugmann, CHU Bordet, Bruxelles

9h45

Introduction

Jacques De Mol

Professeur en Psychologie, Responsable des Psychologues au CHU Brugmann, Bruxelles

Modératrice : Françoise Daune

10h00

Un corps pour aimer, un corps pour séduire

Le corps malade dans l'entretien psy

Anne-Marie Risack

Psychothérapeute Psychanalytique, membre de l'ARPP, Cancer et Psychologie, Bruxelles

10h30

Psychologie et gouvernement des corps

Guy Lebeer

Sociologue, Chargé de Cours et Directeur du Centre de Sociologie de la Santé à l'ULB, Bruxelles

Exposés

Cette journée, articulée en deux parties, va permettre d'écouter le point de vue de différents acteurs de terrain et ensuite, d'échanger les expériences acquises par chacun et le questionnement que suscite ce travail au sein des différents services de la naissance à la fin de vie.

PAUSE

Modérateur : Jacques De Mol

11h30 *Le cadre hospitalier et ses spécificités dans la genèse et la gestion du transfert et contre-transfert*

Jan Snacken

Psychiatre, CHU Brugmann, Bruxelles

12h00 *Le jeune psychologue, l'hôpital et les soignants : une rencontre particulière*

Nicolas Beauloye

Psychologue au Service d'Hémo-Oncologie et de Néphrologie
CHU Brugmann et HUDERF, Bruxelles

REPAS DE 12H30 À 13H45

Ateliers

Après-midi de 13h45 à 16h30 (PAUSE DE 15H00 À 15H30)

I. Le travail en soins palliatifs

Catherine Diricq, Psychologue, Psycho-Oncologue EMSP Saint Pierre, Equipe Adultes SSM-ULB, Bruxelles

Serge Marchal, Psychologue, Unité de Soins Supportifs CHU Bordet, CAM asbl, Bruxelles

II. Le travail avec les personnes âgées

Géraldine Castiau, Psychologue, Psychothérapeute, Bruxelles

Dominique Colpé, Psychologue, Psychanalyste, Bruxelles

III. Le travail de liaison

Isabel Sequeira-Americo, Psychologue, CHU Brugmann site Paul Brien, Bruxelles

Paulo Dos Reis, Psychologue de liaison, CHU Brugmann Bruxelles

IV. Le travail en oncologie

Sandra De Pauw, Psychologue, Service d'Hémo-Oncologie, CHU Brugmann, Bruxelles

Anne-Marie Hassoun, Psychologue, Hôpital D'Ixelles (Iris Sud), Bruxelles

V. Le travail en périnatalogie

Gül Jullian, Psychologue, Service Néo-Natal, HUDERF Bruxelles

Joëlle Rabinowitch, Psychologue, Maternité CHU Brugmann, Bruxelles

Comité organisateur

Nicolas Beauloye

Françoise Daune

Sandra De Pauw

Emmanuelle Frère

Isabel Sequeira-Américo

Accréditation demandée

VI. Le maintien du lien intergénérationnel face à la maladie grave.

Lieux d'accueil pour les enfants

Emmanuelle Frère, Psychologue, Service de Soins Continus et Palliatifs, CHU Brugmann, Bruxelles

Daphné Grulois, Psychologue, Services de Soins continus et Palliatifs, CHU Brugman, CHIREC, Bruxelles

Conclusion de la journée de 16h30 à 17h00

Contacts, renseignements et modalités d'inscription

Françoise Daune, au 0476/245.999

Sandra Depauw, au 0495/106.073

Groupes de paroles

Dès le mois de janvier, **les groupes de parole du Centre de Prévention du Suicide** reprennent.

- Pour celles et ceux qui ont perdu un proche par suicide, il est possible de rejoindre le **groupe de parole «L'Autre Temps»**.

Les rencontres ont lieu tous les 15 jours en soirée, pendant 6 mois.

Le groupe est encadré par deux psychologues formés à l'accompagnement du deuil.

P.A.F. : 10 euros par personne et par rencontre.

Infos : <http://www.preventionsuicide.be/view/fr/activitesCPS/Deuil.html>

- Pour les **parents d'adolescents confrontés à la question du suicide**, le Centre de Prévention du Suicide propose un groupe de parole spécifique, encadré par deux intervenants du Centre.

Cycle de 3 rencontres mensuelles.

P.A.F. : 5 euros par personne et par rencontre. Couples bienvenus.

Infos : <http://www.preventionsuicide.be/view/fr/activitesCPS/ParentsAdos.html>

Ces groupes de parole ont lieu au Centre de Prévention du Suicide, Place du Châtelain 46 à 1050 Bruxelles.

Informations et inscription auprès de Béatrix Lekeux au 02 650 08 67.

Plus d'infos sur www.preventionsuicide.be.

Séminaire 2007

Séminaire du service de psychiatrie Cliniques de l'Europe, site Saint-Michel

Responsables : Dr D. HERS, Dr L. HEBBORN, M. R. GEERAERT

Le Séminaire du Service de psychiatrie des Cliniques de l'Europe, site Saint-Michel, s'articulera cette année encore autour de questions théorico-cliniques qui viendront faire écho à notre travail et relancer notre réflexion. Il aura lieu le mercredi ou le jeudi, de 13h à 14h30, à la salle de réunion du 3^{ème} étage, 150, rue de Linthout, 1040, Bruxelles. Il est ouvert à toute personne intéressée. Les sandwiches sont offerts à partir de 12h30 grâce au soutien des firmes Organon, Lundbeck, Wyeth, Pfizer, Janssen, Astra Zenacca, Sanofi, Lilly et GlaxoSmithKline. L'accréditation a été demandée pour toutes les séances. Il est spécifié lorsqu'il s'agit d'une accréditation en éthique.

Informations: Gisèle Thyron, 02 737 83 86

Judi 18 janvier 2007 *Lou Andreas-Salomé et Sigmund Freud : la question du féminin*
Mme Arme Verougstraete, philologue romane, psychanalyste, SSM Le Chien vert

Mercredi 14 février 2007 *La confusion généralisée allons-nous tous devenir pervers ?*
Dr Jean-Pierre Lebrun, psychanalyste à Namur
Accréditation en éthique demandée

Judi 15 mars 2007 *Quest-ce qu'un corps ? Les impertinences du placebo*
Mr Francis Martens, psychanalyste, président du Conseil d'Éthique de l'APSY-UCL.
Accréditation en éthique demandée

Mercredi 18 avril 2007 *Famille et institution*
Dr Muriel Meynckens-Fourez, pédopsychiatre, directrice du CEFORES et responsable du groupe "Institutions",
Centre Chapelle-aux-Champs

■ Journée de sensibilisation

Le POLE FORMATION du Centre Française MINKOWSKA, propose une

Journée de sensibilisation

Thérapies familiales systémiques et cultures « *Simulation d'une famille* »

jeudi 8 mars 2007 de 10h.00 à 18h.00

Hôpital européen Georges Pompidou
20, rue Leblanc - 75020 Paris

Objectif :

Cette journée de sensibilisation a pour objectif la mise en place de deux cycles de formations qualifiantes de 2 ans et de 4 ans en direction de groupes d'une quinzaine de professionnels du champs médico-psycho-social.

Seront abordées sous forme d'éléments synthétiques lors de la sensibilisation et de façon approfondie durant les cycles de formation :

1. *L'intervention en thérapie familiale systémique en situation interculturelle (formation qualifiante de 2 ans).*
2. *La thérapie familiale systémique en situation interculturelle (formation qualifiante de 4 ans).*

Intervenants :

Docteur Mony EIKAIM, psychiatre, expert international en thérapie familiale systémique,
Geneviève PLATTEAU, psychologue, formatrice en thérapie familiale systémique,
Docteur Rachid BENNEGADI, psychiatre, anthropologue.

Renseignements et inscription :

Mme Marie-Jo BOURDIN, Coordinatrice du Pôle Formation
Tél. 0033 (0)1 53 06 84 84
Courriel: bourdin@minkowska.com
Portail Internet www.minkowska.com



A paraître en avril 2007, Mental' **idées** n°10

Dossier
Congrès 2007

Jusqu'ici tout va bien...