

# BRUXELLES SANTÉ

N° spécial 2001

## Facettes de la santé mentale

aujourd'hui à Bruxelles



QUESTION  
ASBL SANTÉ





# **Facettes de la santé mentale**

*aujourd'hui à Bruxelles*





Interviews et rédaction : Alain Cherbonnier/Question Santé  
Graphisme : Carine Simon/Question Santé

Nous remercions les personnes interviewées pour leur disponibilité et leur relecture des transcriptions des interviews.

Merci également à Thierry Lahaye, du Service Santé de la Cocof.

Remerciements particuliers à Eric Messens, Directeur de la LBFMS.

# Avant-propos

Le thème du numéro spécial de cette année s'est imposé d'emblée, puisque 2001 avait été déclarée année de la santé mentale par cinq partenaires cherchant à promouvoir la santé mentale en Belgique : les Ligues Wallonne et Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, la Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, la Fondation Julie Renson et la Fondation Reine Fabiola pour la Santé Mentale.

Par contre, l'angle d'approche de ce thème complexe, multiforme, et somme toute difficile à définir, a été extrêmement difficile à trouver. Car, au fond, qu'entend-on par ces mots : santé mentale?... Qui parle spontanément de «sa santé mentale»? On dit plutôt : «j'ai le moral», «je tiens la forme» ou «je me sens bien». La santé mentale est par essence subjective. Elle est aussi très complexe : ce sentiment de bien-être, cette «forme» que l'on tient, on peut parfois clairement l'attribuer à un événement particulier de la vie (une réussite, une rencontre, une expérience...) mais, le plus souvent, la cause en est diffuse et difficile à préciser. On se sent bien, et voilà tout.

## Un concept difficile à définir

Donc, la santé mentale se confondrait avec le bien-être?... Dans la petite brochure éditée par les cinq partenaires cités plus haut<sup>1</sup>, les auteurs nuancent cette définition : «La caractéristique de l'être humain, c'est sa capacité à parler, à dire ses émotions, à penser et à «se» penser, à entrer en relation avec l'autre... et avec soi. Etre bien avec les autres, être bien tout seul. Etre mal parfois aussi, mais pouvoir l'assumer.» Ils définissent la santé mentale comme un équilibre<sup>2</sup> — et un équilibre, bien sûr, c'est instable, fragile, jamais acquis pour de bon : «La santé mentale, ça paraît simple quand tout va bien; généralement, on n'y pense même pas du tout. C'est un équilibre qui semble se faire tout seul. La mort, la maladie, la séparation, l'intolérance, l'incompréhension, le rejet, la rencontre d'un autre trop différent, peuvent nous rappeler brutalement que notre existence ne va pas de soi, et que notre équilibre est toujours à reconstruire. Il nous arrive aussi de découvrir en nous une face cachée de nous-mêmes que nous ne connaissons pas, et qui nous perturbe.»

1. *La Santé Mentale, j'en parle*, mars 2001.

2. Notons que la santé physique, au-delà de l'absence de maladie ou du bien-être, peut elle aussi se définir comme un équilibre reposant sur la satisfaction des besoins fondamentaux et sur la double capacité de s'adapter à son environnement et de transformer celui-ci (cf. *Bruxelles Santé* n° spécial 1997, rééd. 2000, p. 9).

Un élément important de définition, c'est la relation à l'autre, et la capacité d'entrer en relation avec lui. C'est dans la relation à l'autre que l'on se construit en tant qu'humain, que l'on se développe psychiquement et, bien entendu, socialement. C'est dans la relation à l'autre — y compris par l'opposition et le conflit — que l'on fait l'apprentissage de la vie, que l'on se découvre «soi» et que l'on découvre les limites de l'existence, les normes sociales, les interdits fondamentaux. Tout à la fois l'autre nous renvoie à notre irréductible solitude et nous permet de sortir de l'isolement, de trouver des points de rencontre, de ressemblance, de partage, nous permet d'appartenir à un groupe. Etre capable d'aller vers l'autre est donc indispensable à la santé mentale.

### Santé et maladie... mentales

Lorsqu'il s'agit d'un rhume aussi bien que d'une hépatite ou d'une méningite, on parle volontiers de maladie. Mais, s'agissant de repli sur soi, d'angoisse, de dépression, on n'emploie pas l'expression «maladie mentale». Ce mot évoque des images effrayantes : folie, asile psychiatrique, enfermement. Le «fou» fait peur parce qu'il révèle au grand jour la part d'incohérence, de refus de l'autre, de violence et d'étrangeté qui est en nous — cette part que nous avons domestiquée mais qui pourrait nous submerger. Le terme de maladie mentale évoque le monde asilaire qui a dominé la psychiatrie pendant si longtemps, où la perte d'identité rejoignait la mise à part, l'exclusion, l'enfermement.

Ces images, pourtant, n'ont pas grand-chose à voir avec ce qui fait le lot de tout un chacun, au moins de temps à autre : la tristesse, le découragement, les idées noires, la déprime, le sentiment d'être incompris, l'impression que rien n'a de sens. Des expériences qui nous arrivent à tous et qui sont souvent passagères. On arrive à traverser la mauvaise passe, à surmonter les conflits intérieurs, à faire son deuil d'un projet, d'un désir, d'une relation... Mais, parfois aussi, on n'y arrive pas, on tourne en rond, on perd pied. Pourtant, on hésite souvent à faire appel à un «psy». Non seulement parce que, peu ou prou, on garde l'idée que «les pys c'est pour les fous». Mais aussi parce qu'il est difficile de reconnaître qu'on «n'y arrive pas», qu'on n'est pas capable de s'en sortir tout seul. Surtout dans une culture, celle des sociétés occidentales avancées, qui nous enjoint d'être autonomes, de nous débrouiller et de réussir sur tous les plans : professionnel, familial, sexuel, financier... et mental. Il *faudrait* être bien dans sa tête et son corps!

Cette obligation est dans le droit fil d'une conception individualiste de la vie et de la santé : «si tu réussis dans la vie, si tu restes en bonne santé, c'est grâce à tes propres efforts, à ta volonté, à ton courage. Donc, si ça ne marche pas, si tu es déprimé, si tu restes tout seul — c'est de ta faute. A la rigueur, c'est que tu n'as pas eu de chance, que tu n'es pas très futé, que tu as eu des parents inadéquats (éventuellement maltraitants)...» Le rôle des déterminants collectifs qui affectent la qualité de la santé mentale est ainsi fréquemment sous-estimé voire oublié.

Et pourtant, surtout aujourd'hui, nombre de ces déterminants menacent l'équilibre instable de notre santé mentale. Nos valeurs morales, nos références culturelles, nos modèles éducatifs, et même nos repères nationaux et politiques se sont considérablement modifiés et brouillés en plusieurs décennies. Les incompréhensions et les conflits intergénérationnels se sont multipliés. Les chocs culturels issus des grandes vagues migratoires des années 50, 60 et 70 ne sont pas encore apaisés que de nouveaux flux et de nouvelles figures de la migration viennent susciter craintes, inquiétudes, méfiance. La crise économique nous insécurise profondément : la foi en l'avenir propre aux Trente glorieuses est bien loin. L'économie semble tout diriger, et le phénomène actuel de «globalisation» nous fait perdre encore plus de prise sur des décisions qui nous concernent au premier chef mais dont les décideurs paraissent hors de portée. Dans les grandes villes comme Bruxelles, la pauvreté s'accroît, entraînant souvent l'affaiblissement voire la perte des liens sociaux, la marginalisation, l'exclusion...

### Les soins de santé mentale à Bruxelles

Les soins de santé mentale à Bruxelles comprennent cinq secteurs institutionnels :

- les structures hospitalières (tout comme la santé physique, la santé mentale reste très «hospitalocentrée»), parmi lesquelles les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux;

- les services de santé mentale (soins ambulatoires), dont la plupart dépendent de la COCOF, les autres du bicommunautaire ou de la VGC (Vlaamse Gemeenschapscommissie);
- les structures dites psycho-socio-thérapeutiques, intermédiaires entre les deux catégories précédentes (centres de jour, centres de nuit, communautés thérapeutiques...);
- les services spécialisés dans le domaine de la toxicomanie\*;
- les MSP (maisons de soins psychiatriques) et les IHP (initiatives d'habitations protégées), qui offrent aux patients chroniques un suivi au long cours dans des structures moins lourdes, moins coûteuses et moins «désocialisantes» que les hôpitaux.

(Il faut évidemment aussi noter d'autres ressources en dehors du secteur de la santé mentale proprement dit : chez les thérapeutes privés, dans les maisons médicales et les centres de planning familial.)

La LBFMS réunit les services ambulatoires francophones depuis 1978 et s'est progressivement ouverte à d'autres secteurs. Ainsi, elle réunit aujourd'hui les services de santé mentale agréés par la COCOF et par la Commission communautaire commune (COCOM), des structures psycho-socio-thérapeutiques, des services pour toxicomanes, des IHP et une série d'autres membres assez divers.

\* Voir *Bruxelles Santé* n° 20, pp. 6-13.

## Trouver un fil conducteur

Mais, une fois cet écheveau dévidé, par quel bout commencer? Et comment, dans le cadre de ces quelques dizaines de pages, éviter d'être superficiel? Il faut trouver un fil conducteur. Mais lequel?... La consultation de divers documents de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM) avait attiré notre attention sur les rapports étroits entre la santé mentale et le social (entendant par ce mot aussi bien les relations interpersonnelles, «microsociales», que les multiples appartenances, culturelles, professionnelles, économiques, politiques, etc., qui lient les membres d'une collectivité — ou les séparent). Dans un récent rapport<sup>3</sup>, la LBFSM fait notamment état de l'apparition de phénomènes nouveaux, de l'évolution des modalités de certaines demandes adressées aux services de soins ambulatoires, et d'impasses auxquelles les équipes de ces services se trouvent confrontées.

Ainsi, un nombre croissant de demandes d'aide et de prise en charge sont adressées aux services de santé mentale. La part strictement sociale des demandes est elle aussi en augmentation : régularisations administratives, besoins matériels, logement, surendettement, pauvreté, exclusion... De nouveaux contingents de migrants amènent des problématiques nouvelles : clandestinité, violences d'Etat, demande d'asile politique, ouverture des frontières de l'Est. Dans le domaine de la petite enfance, les demandes augmen-

tent elles aussi (dysfonctionnements familiaux, maltraitements infantiles, demandes d'aide des écoles, activités préventives...). La problématique des adolescents suicidaires est préoccupante. L'augmentation de la population âgée réclame de la part des équipes des disponibilités et surtout une mobilité qu'elles n'ont pas toujours, pour répondre aux difficultés spécifiques du grand âge : isolement, précarité matérielle, maltraitance... Les demandes de justiciables mis sous contrainte sont en hausse. Enfin, des secteurs périphériques à la santé mentale sont de plus en plus demandeurs de collaboration : aide aux sans-abri, soins à domicile, missions locales, services sociaux, secteur judiciaire, enseignement...

Toutes ces questions, et d'autres encore, font l'objet de groupes de travail et de coordinations abrités par la LBFSM. Notre fil conducteur était donc trouvé : sélectionner, parmi les objets de travail de ces groupes et coordinations, ceux qui seraient le plus susceptibles d'intéresser les lecteurs de *Bruxelles Santé* et, nous l'espérons, de leur faire apparaître la santé mentale sous un jour un peu différent.

Nous avons procédé par entretiens. La plupart des personnes interviewées sont coordinatrices ou personnes-ressources des groupes de travail. Même si elles puisent le plus souvent, et assez naturellement, leurs exemples dans leur propre expérience, c'est du travail et de la réflexion d'un groupe — voire de plusieurs — qu'elles témoignent. Chacune d'entre elles a pu relire la

3. *Position de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale sur les concepts de réseau et circuits de soins. Rapport*, Bruxelles, LBFSM, s. d., pp. 27-28.

transcription que nous avons réalisée à partir de l'enregistrement de l'entretien. Enfin, les interviews sont reproduits ici selon l'ordre chronologique. Tout autre ordre nous aurait paru arbitraire. On verra cependant que, loin de compo-

ser une suite aléatoire voire hétéroclite, ces textes sont parcourus de plusieurs fils rouges et donnent, de la santé mentale aujourd'hui à Bruxelles, une image multiple, complexe, mais cohérente.





# Les soins ambulatoires en santé mentale

## UNE EXPÉRIENCE BRUXELLOISE

*Comme nous l'avons développé plus haut, les demandes adressées aux services de santé mentale bruxellois montrent depuis plusieurs années une évolution liée à celle de la ville. Les services de santé mentale sont à la fois «généralistes» (toutes les demandes sont prises en compte) et «spécialisés» (ils apportent une réponse spécifique). Comment définir cette spécificité dans le contexte bruxellois actuel?*

*Nous avons rencontré à ce propos le directeur du service de santé mentale du WOPS, Martin Petras, licencié en psychologie clinique et psychanalyste.*

Je parlerai surtout de l'expérience du centre de santé mentale où je travaille, le WOPS (Woluwé Psycho-Social). C'est important à noter, parce que Woluwé-Saint-Lambert est une commune que l'on dit riche ou privilégiée, dont la structure de population est stable et différente de celle de Molenbeek ou de Schaerbeek, par exemple. Peut-être est-ce pour cela que nous n'avons pas vu ici récemment de modification spectaculaire des demandes. S'il faut noter une nouveauté — par rapport à 1990, disons —, c'est l'augmentation des demandes d'entretiens ou de prise en charge sous contrainte judiciaire. Mais il y a longtemps que nous recevons des justiciables à la demande des assistants de probation. De même, depuis presque vingt ans déjà, nous rece-

vons des urgences psychiatriques, nous faisons des consultations à domicile, nous collaborons avec des hôpitaux, nous travaillons avec d'autres services pour des prises en charge concertées — ce qui, semble-t-il, représente pour certains une tendance récente.

Par contre, je vois d'autres changements liés à l'époque : ce sont les pressions, plus ou moins amicales, exercées par certains pouvoirs publics pour que nous soyons plus efficaces dans le maintien de l'ordre social. C'est à mettre en relation avec une tendance générale de la société, avec l'idéologie sécuritaire tendant vers la tolérance zéro qui s'est mise dernièrement en place. L'exemple le plus flagrant, c'est celui des délinquants sexuels : nous devrions trouver des solutions pour qu'ils ne récidivent pas! Ce que, bien sûr, nous ne pouvons honnêtement pas promettre... Un autre changement, c'est l'augmentation des cas de victimes de traumatismes divers. On nous demande aussi de prendre en charge des victimes de maltraitance.

Plus qu'une augmentation, c'est une formulation différente des demandes que nous constatons. Cependant, derrière ces demandes se retrouvent les mêmes structures, les mêmes problématiques qu'auparavant, qu'il s'agisse de névrose, de psychose, de surendettement lié à la perte de l'emploi, de familles éclatées, de pro-

blèmes scolaires... Aujourd'hui on cherche à objectiver scientifiquement des populations-cibles et on voudrait que les psys soient efficaces en termes de disparition des symptômes! On essaie aussi de médicaliser, de psychiatriser, de judiciaireiser des problèmes sociaux qui ont sans doute toujours existé. Ce qui est en augmentation, ce sont des jugements diagnostiques péremptoirs, communiqués souvent avec indécatesse, et qui stigmatisent les gens, qui les enferment dans des catégories dont ils ont du mal à sortir. Cette stigmatisation peut se définir comme une forme postmoderne de ségrégation, contre laquelle il faut lutter.

*Dans le secteur de la santé mentale, on voit donc des demandes dont le volet social (endettement, logement, emploi...) est important et prend parfois la première place. Inversement, les services sociaux reçoivent des demandes où les problèmes de santé mentale ont une grande part...*

Oui, on se rend compte que c'est en raison de problèmes psychologiques que les gens peuvent se retrouver dans des difficultés sociales, et vice-versa. C'est pourquoi il est nécessaire de travailler en réseau, en concertation avec les autres ressources locales : maisons médicales, services sociaux, autorités communales, police, CPAS, hôpital général, hôpital psychiatrique, institutions pour personnes âgées, médecins généralistes et pédiatres du quartier, crèches, écoles, maisons de jeunes, etc. On parle beaucoup de réseaux pour le moment, alors que c'est une notion qui fut à l'origine même de l'apparition des centres de santé mentale dans les années 70.

Pour illustrer cette nécessité du travail en réseau, prenons l'exemple de la dépression nerveuse — dont on nous annonce qu'elle sera LA maladie du XXIème siècle, ce pourquoi il conviendrait, nous dit-on, de la dépister préventivement depuis l'école primaire!... Quand une personne atteinte de dépression arrive dans notre service, elle présente un ensemble de symptômes pénibles et sérieux — un déprimé ne fait pas «semblant», n'est pas «de mauvaise volonté» —, sur le fond d'une structure psychique formée au cours de son histoire singulière. C'est en raison de cette singularité que tout le monde ne réagit pas de la même façon, et aussi que n'importe qui peut devenir dépressif.

La persistance de la dépression est très liée aux conséquences quotidiennes de l'isolement qu'elle entraîne. Le congé de maladie lui-même, s'il est de longue durée, peut devenir très invalidant : à mesure que l'inactivité se prolonge, la marginalisation sociale — facteur de déprime — augmente. Il existe une relation entre le mieux-être et la valorisation liée à une insertion satisfaisante dans la vie professionnelle. La seule action du médicament antidépresseur est donc insuffisante par rapport à cet état multifactoriel. Le médicament n'agit que sur la part «objectivable»; il importe aussi que la personne puisse «resubjectiver» sa situation, c'est-à-dire se soustraire aux effets du discours objectivant, accéder à sa propre parole singulière et y puiser des ressources de guérison. Mais c'est un travail de longue haleine, qui doit se situer à plusieurs niveaux, ce qui implique des partenariats entre différents services.

*Malgré ces concertations, ces pratiques de réseau, l'étiquette même de «santé mentale» (avec ses connotations d'asile psychiatrique, de folie) n'empêche-t-elle pas certaines personnes de passer votre seuil?*

Cela existe sûrement encore, mais je crois que c'est de moins en moins vrai.. Le problème c'est que le terme de santé mentale évoque tout de suite, en contrepoint, la notion de maladie mentale. Or, s'il est relativement facile de définir une maladie mentale, il est très difficile de définir la santé mentale. La santé mentale, ça ne veut pas dire «guérir une maladie psychiatrique», c'est beaucoup plus large que cela.

On connaît la définition classique de l'OMS : «La santé mentale fait partie des efforts visant la santé et la qualité de la vie. La santé est une situation de bien-être physique, mental et social complet. L'absence de maladie ou de handicap en soi ne suffit pas.»

(...) quelle que soit cette notion de la santé (...), nous ne pouvons l'approcher sans introduire un aspect normatif. (...) La norme provoque l'inclusion et l'exclusion : c'est ainsi que nous nous référons à une norme pour séparer le normal (ce qui est inclus dans la norme) et le pathologique (ce qui en est exclu).

(...) la norme est évolutive et historiquement déterminée. Elle est impensable en dehors du contexte qui la produit. «Ce qui est normal, pour être normatif dans des conditions données, peut devenir pathologique dans une autre situation» écrit Georges Canguilhem. Et à partir de là il tente de proposer une définition de la santé elle-même : «Ce qui caractéri-

se la santé c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentanément, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans les situations nouvelles».

Si on pose la définition de cette façon-là, on voit que la formulation de l'OMS en définissant la santé comme «une situation de bien-être physique, mental et social complet» possède le défaut de la faire d'une façon très statique. (...) Or, la bonne santé est bien plus qu'une situation: c'est un devenir, une possibilité de se mobiliser contre la détérioration. (...) C'est pourquoi la définition de la santé mentale par l'OMS me semble plus proche de celle que je proposerais avec Canguilhem et qui correspond davantage à notre expérience, en soulignant qu'elle «fait partie des efforts visant la santé».

(Martin Petras, extraits des Actes du 1er colloque des services de santé mentale bruxellois, 1997, *Les Cahiers de la Santé* n° 2, pp. 54-55)

*Bruxelles est une grande ville qui a beaucoup changé en une vingtaine d'années, sur le plan de la population, du tissu urbain... Cela se ressent-il dans les problèmes que les gens amènent?*

Oui. Nous avons notamment été sollicités par les institutions qui s'occupent de demandeurs d'asile. Il y a parmi eux des gens qui, séparés de leur milieu d'origine, et du fait des traumatismes qu'ils ont subis (viol, violence, faits de guerre), ont besoin d'une aide psychologique. Cela, c'est

assez nouveau. Ce qui est nouveau aussi, ce sont les femmes étrangères prostituées qui ont été enlevées et qui sont terrorisées par ce qui leur arrive. Ma langue maternelle est le tchèque, je parle aussi slovaque et polonais, et je reçois des gens de cette sphère-là. Ils sont éjectés de leur culture et de leurs références d'origine, ils se retrouvent ici dans une situation précaire, et doublement déstabilisés : d'abord par ce qu'ils ont vécu, et ensuite du fait de l'accueil qu'ils reçoivent. Les questions lors des interrogatoires des demandeurs d'asile, ce n'est pas triste! Il faut avoir des nerfs extrêmement solides pour y faire face. Ces expériences perturbent l'équilibre psychique, quand elles ne produisent pas carrément le déclenchement de troubles psychiatriques. De même, chez des filles entraînées de force dans l'esclavage de la prostitution, il peut se produire quelque chose de franchement délirant. Et à ce moment-là, le milieu, les souteneurs les abandonnent sans moyens, sans papiers et sans connaissance de la langue : ça leur fait peur, quelqu'un qui se met à vraiment délirer! De nos jours les travailleurs en santé mentale sont aux premières loges pour observer du désamour et de la cruauté quotidiens tout près de nous.

Notre centre est et tient à rester «généraliste», en ce sens que nous recevons tous les types de demandes. Donc nous rencontrons aussi bien des victimes de violences que des personnes traumatisées par l'exil, mais nous ne sommes pas «spécialisés» dans l'une ou l'autre problématique, il n'y a pas ici de consultation ou d'activité spécifique pour, par exemple, les problèmes multiculturels. J'y insiste : par principe, nous

nous refusons à enfermer les gens dans une catégorie diagnostique ciblée.

«Il ne faut pas oublier que ces gens ont dû déployer une énergie incroyable pour arriver, vivants, en Belgique. Le séjour en prison, les tortures, la fuite, trois semaines dans la cale d'un bateau, l'arrivée à Anvers... ou bien à Zaventem, où parfois ils se retrouvent directement enfermés. Ils ont une histoire proprement incroyable! Et c'est justement ce qui les empêche de s'en sortir : ils sont sans cesse confrontés à leur histoire. A chaque étape de la procédure, ce qu'ils disent, ce qu'ils ont vécu est remis en doute. Peut-être certains d'entre eux inventent-ils des choses, mais pour celui qui a vraiment vécu ce qu'il raconte, s'entendre dire : «écoutez, les viols, ce n'est pas de ça qu'il s'agit, je veux savoir à quelle date vous avez perdu vos parents»...

(Dominique Daniel, interview dans *Bruxelles Santé* n° 17, p. 11)

S'il y avait une idée à faire passer, ce serait celle-ci : tout un chacun, au cours de son existence, rencontre un certain nombre de difficultés, auxquelles il cherche des réponses ou des solutions. Ces difficultés prennent souvent la forme d'un malaise diffus : ce que l'on ressent est si difficile à dire que l'on ne sait même pas quelle demande formuler ni à qui l'adresser. C'est à ce moment-là que l'on peut frapper à la porte d'un centre de santé mentale — que l'on ait un sentiment de désorientation, de désarroi, de tristesse, que l'on n'arrive pas à prendre de décision, que l'on n'ait plus de désir, que l'on soit en

conflit avec son entourage, que l'on n'ait plus de relations satisfaisantes affectivement ou sexuellement... que sais-je encore? Ce n'est pas réservé aux cas psychiatriques graves. Bien que nous accueillions ces personnes aussi, en ambulatoire bien entendu.

Donc, paradoxalement, la spécificité d'un service de santé mentale, c'est de ne pas être spécialisé, d'offrir un accueil général pour toutes les difficultés psycho-sociales et pour tous les publics. Ici, il faut parler de la philosophie de l'accueil. Nous parions que la personne qui se présente avec sa difficulté a suffisamment de ressources en elle-même pour élaborer sa solution. Le travail consiste à mettre au jour ces possibilités. Le rôle des travailleurs de la santé mentale n'est pas de se poser en experts qui expliqueraient aux gens ce qu'il leur faut. C'est un travail en commun, pour trouver une solution qui convient à une personne en particulier, à un moment particulier de son existence. C'est la variabilité qui caractérise la santé mentale : par exemple, la résistance à l'agressivité n'est pas la même chez tout le monde, chacun se débrouille avec ce qui est possible pour lui. De même, on ne peut pas dire qu'il y aurait un «taux» d'angoisse qui serait objectivement normal pour tout un chacun. Il est important que chaque personne élabore ce qui est faisable et souhaitable pour elle, puisse choisir ses propres normes, sa propre normalité, sa propre conception de la santé mentale, si l'on peut dire.

Mais cette possibilité peut échapper aux gens en raison de paramètres bien concrets, comme une situation professionnelle précaire ou un événement soudain et dramatique. Et là, recouvrer la santé mentale ne peut pas se réduire au «silence du symptôme» : il arrive que des gens soient extrêmement révoltés et qu'on leur dise «vous feriez mieux de vous calmer, allez voir un psy». Mais quand on les écoute, on se rend compte que leur réaction est parfaitement saine! On a souvent raison de se révolter!

*Donc vous définiriez plutôt la santé mentale comme une capacité, au sens de «être capable de...»?*

Tout à fait. En termes de maintien de capacité d'action qui mène à la satisfaction de soi et de ses partenaires — les gens ne sont pas satisfaits quand ils se nuisent et s'embêtent mutuellement. Comme quelque chose qui n'est pas figé, qui est dynamique, susceptible d'un devenir. C'est cet aspect dynamique qui me semble le plus important dans la santé mentale. La santé mentale, c'est la possibilité de maintenir alerte la faculté de création et de réaction : devant les obstacles que l'existence met sur votre chemin, ne pas sombrer dans un état qui vous coupe tous vos moyens; se débrouiller avec ses angoisses et ne pas se servir du symptôme pour échapper à l'insupportable. La santé mentale est ce qui vous permet de tenir votre désir éveillé et de jouir de la vie.

# Enfance et santé mentale

## LA CONCERTATION INTERSECTORIELLE

*Anne Labby, psychologue au service de santé mentale l'Été (Anderlecht), est aussi coordinatrice Enfance pour les services de santé mentale bruxellois. En tant que telle, elle coordonne plusieurs groupes de travail autour de la clinique avec de jeunes enfants. En font partie des professionnels des services de santé mentale (SSM) mais parfois aussi d'autres services d'aide et de soins. Ils viennent partager leurs questions sur leurs pratiques, leurs référents théoriques, ou leurs interrogations théoriques et éthiques en lien avec les changements des populations qui s'adressent à eux. Mais de quels changements s'agit-il?*

En fait, ces changements datent d'une quinzaine d'années. Il y a vingt ans, les SSM recevaient surtout des gens qui avaient un certain niveau culturel et qui venaient pour des problèmes d'énurésie, par exemple, ou pour des difficultés scolaires : ce n'étaient pas des problèmes trop graves. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à des familles qui présentent souvent de multiples problèmes sociaux (financiers, de logement...) et psychiques, notamment de jeunes parents qui ont connu de grandes carences affectives, voire des troubles de l'attachement, et qui craignent de reproduire avec leurs enfants ce qu'ils ont eux-mêmes vécu.

Auparavant, ces familles n'arrivaient pas dans les SSM : les professionnels qui travaillaient dans

l'enseignement, en centre PMS, etc., pensaient que, pour nous adresser des gens, il fallait que ceux-ci aient une demande bien définie, et non pas simplement «ça ne va pas...» ou «je m'inquiète pour mon enfant...». Il y avait une sorte de mythe selon lequel les gens auraient dû bien cerner leur problème et se plier à un mode de consultation assez strict, avec rendez-vous, etc. Cela écartait d'emblée un certain type de population qui s'exprime difficilement, qui s'adapte mal à des horaires réguliers. Mais, peu à peu, nous avons parlé de ce genre de situations avec les professionnels du réseau psycho-médico-social, dans le cadre de coordinations locales. Ils souhaitaient que ces parents puissent venir parler de ce que la venue d'un enfant remuait en eux sur le plan émotionnel. De leur côté, les SSM se sont ouverts à des demandes maladroitement exprimées, ou exprimées sous forme de passages à l'acte, des demandes qui étaient parfois accompagnées par un intervenant du réseau.

*Selon vous, d'où vient cette évolution dans les rapports entre les SSM et les intervenants de première ligne?*

Je pense qu'il y a plusieurs raisons : d'abord, de part et d'autre, on a davantage mis l'accent sur la coordination, la concertation (qui sont d'ailleurs des missions des SSM). Ensuite, les médias ont fait beaucoup de place à la maltraitance,



tance infantile; les équipes SOS Enfants se sont créées vers 1985, les pédiatres ont été sensibilisés à la question... Et puis il y avait une volonté — qui est en fait à la base de la création de ce centre-ci — que les SSM soient vraiment un service public, accessible à toute une population qui n'a pas nécessairement les moyens d'aller voir un psy en privé : cela coûte cher, ce n'est pas remboursé sauf si on consulte un psychiatre... Pour certaines familles, c'est un luxe!

*En septembre 2000, un des groupes de travail que vous coordonnez s'est ouvert à des professionnels du réseau psycho-médico-social. Quelles questions ont-ils amenées?*

Dans ce groupe, nous parlions essentiellement de familles à problèmes multiples, où l'enfant courait un risque qu'il fallait évaluer. En général, nous n'étions pas seuls à travailler sur ces situations, et il nous a paru intéressant de nous réunir avec les autres professionnels pour améliorer la concertation et la réflexion. Nous avons l'impression que les missions et le cadre de travail des uns n'étaient pas très clairs pour les autres, et qu'en éclaircissant cela nous pourrions être plus efficaces, favoriser une meilleure dynamique relationnelle dans ces familles. Dans un premier temps, le groupe n'a été ouvert qu'à des professionnels de l'aide et du soin : centre d'orientation éducative, service d'aide en milieu ouvert, pouponnière, consultation de nourrissons, etc. On s'est rendu compte qu'on utilisait parfois des concepts assez voisins mais qu'on ne mettait pas la même chose derrière les mots : les représentations, les référents théoriques étaient différents. Il pouvait y avoir des difficultés à travailler

ensemble, dès lors qu'une notion importante n'avait pas le même sens pour un travailleur de SSM que pour un travailleur de centre d'orientation éducative ou de pouponnière.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, les services de santé mentale dépendent soit de la Commission communautaire française ou COCOF, soit de la Commission communautaire commune ou COCOM. En référence au cadre défini par le décret de la COCOF de 1995, voici un extrait d'un document rédigé par des professionnels des SSM francophones bruxellois (Coordination Enfance, Travail en santé mentale, décembre 2000) :

A. Une certaine sectorisation est prévue dans les conditions d'agrément, dans la mesure où ces services doivent couvrir des entités géographiques d'environ 50.000 habitants. Cette sectorisation s'avère assez souple et s'entend comme une obligation pour les services de répondre au mieux aux besoins de la population de la zone desservie, et nullement comme une obligation pour les habitants de consulter dans un service plutôt que dans un autre.

B. La prise en charge des patients, des familles peut être organisée au centre, à domicile, dans leur lieu de résidence ou d'hébergement ou dans tout autre endroit.

C. Le SSM est autorisé à demander aux patients, à leurs représentants légaux ou directement aux institutions intéressées, une participation aux frais dans le respect des règles et usages déontologiques, mais il est évident que l'aspect financier ne doit jamais constituer un frein aux consultations. Des consultations gratuites peuvent être assurées en cas de nécessité par le SSM.

On a demandé à chacun de présenter une situation clinique empruntée à son lieu de travail et de donner aux autres son propre éclairage sur trois concepts : ce qui «fait limite» pour lui (ce qui fait qu'à un certain moment il pense devoir recourir à d'autres professionnels), ce que représente la «fonction tierce» et ce qu'il entend par «situation familiale lourde». Se confronter ainsi à la grille de lecture de l'autre est une base nécessaire pour mieux s'articuler avec lui... Mais il est très difficile de rendre compte avec des mots de tout le travail qui se passe dans des groupes comme celui-là. Petit à petit, on se rend compte qu'on connaît mieux l'autre, on comprend et respecte mieux son travail, on oriente plus adéquatement une famille, les familles se sentent davantage respectées... L'idée est de créer du respect entre professionnels pour que cela ait valeur de transmission auprès des familles, que cela se traduise dans la dynamique relationnelle familiale.

Une grande question c'est : comment tenir compte du temps dont l'adulte a besoin pour changer, alors qu'il y a là un «petit bout» pour qui ce n'est pas viable d'attendre tout ce temps? Comment gérer les temporalités différentes du parent et de l'enfant quand le développement de celui-ci peut souffrir de cette discordance?... Nous ne pouvons pas affirmer que les choses vont rapidement changer; nous ne pouvons pas garantir que ce que nous allons proposer aux parents va permettre un changement radical à court terme. Il peut être néces-

saire de prendre des mesures pour protéger l'enfant, mais ce n'est pas à nous, qui sommes du côté de l'aide, du soin, du soutien aux parents, de prendre cette décision. Il appartient à quelqu'un d'autre, qui n'occupe pas la même place, d'évaluer dans quelle mesure la situation reste viable pour l'enfant et de trancher en conséquence.

Bien entendu, nous sommes amenés à trouver également une articulation avec les professionnels du judiciaire, mais pas dans le groupe de travail dont j'ai parlé jusqu'ici. Un autre groupe, qui travaille spécifiquement sur la maltraitance, s'est d'ailleurs donné pour objectif de rédiger un document qui précise notre mode de travail et les relations des SSM avec les autres services de soins mais aussi avec le judiciaire, l'aide à la jeunesse, etc. On a souvent reproché aux psychologues et aux pédopsychiatres de ne pas collaborer du tout avec les juges de la jeunesse, en se retranchant derrière le secret professionnel. Dans ce document, nous avons voulu montrer que la concertation avec le judiciaire pose beaucoup de questions, mais aussi que nous ne sommes pas aussi fermés qu'on le dit. Nombre de travailleurs de SSM acceptent maintenant de suivre des situations sous mandat judiciaire, moyennant certaines conditions bien entendu. Pour bien nous faire comprendre, nous avons tenté dans ce document<sup>1</sup> d'illustrer notre propos par des exemples concrets.

1. Disponible auprès de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale (tél. : 02 511 55 43).



«(...) nos interventions comme travailleur en santé mentale viseront, par exemple, à ce qu'un jugement du juge de la jeunesse devienne opérant pour un sujet particulier. C'est-à-dire qu'un jugement que le sujet «ne comprend pas», qu'il ne peut faire sien dans sa logique, n'aura pas d'effet symbolique, ne fera pas arrêter, ne jouera pas sa fonction de tiers. Au contraire, ce jugement risque de devenir ravageur parce qu'il sera soumis, pour le sujet, à une logique duale mortifère dont il ne pourra que se défendre en le rendant caduc, en le refusant. (...)»

(Patricia Laloire, La concertation, *Travail en santé mentale*, p. 27)

### *Les demandes qui concernent la maltraitance sont-elles nombreuses?*

Je ne peux évidemment pas répondre pour tous les SSM mais, ici, nous recevons de nombreuses demandes de ce type. Nous sommes connus comme ayant beaucoup travaillé le lien d'attachement mère-enfant, étant donné la présence au sein de l'équipe d'une collègue psychologue spécialisée dans ce domaine. En outre, comme les autres SSM, nous avons fait des réunions avec les professionnels du réseau (IMS, centres PMS, consultations ONE...). Nous insistons depuis longtemps sur l'importance d'agir préventivement, de ne pas attendre que les situations se chronifient. Nous envoyons le message : quand quelque chose vous inquiète dans une relation

parent-enfant, adressez-les nous. Donc de plus en plus de situations de ce type nous arrivent, qui ne sont pas forcément étiquetées «maltraitance» mais où il y a suspicion de trouble du lien parent-enfant.

Dans les cas de maltraitance, nous prenons soin de définir clairement notre place, qui n'est pas celle du judiciaire, du contrôle. Le SSM doit préciser son rôle, tant vis-à-vis des parents que vis-à-vis du juge, et dire à chacun ce à quoi il s'engage vis-à-vis de l'autre. Par exemple, nous informerons le juge de ce que les parents viennent ou non en consultation, mais nous ne lui rapporterons pas leurs propos : les parents doivent savoir qu'il y a un lieu où ils peuvent dire «ce n'est plus possible, je n'en peux plus...», où ils peuvent énoncer leurs comportements «limites». S'ils croient que, chaque fois qu'ils nous parleront de mauvais traitements, le juge sera prévenu, ils ne s'autoriseront plus à le dire. Souvent, nous nous mettons d'accord avec le juge pour que, d'une part, nous travaillions avec les parents les mouvements pulsionnels qui les emportent, ce qui réveille leur part infantile et les fait réagir de manière violente — et que, d'autre part, le juge lui-même ou quelqu'un qui dépend de la justice veille à voir au quotidien si l'enfant continue à aller très mal ou s'il évolue, et prenne d'éventuelles décisions. Nous essayons de nous décaler, de ne pas être du côté du contrôle, mais il faut qu'il y ait quelqu'un de ce côté-là! Par ailleurs, nous disons clairement aux parents que, si la situation se dégrade de manière évidente, nous ne l'accepterons pas et que nous leur en ferons part.

### *Comment réagissent-ils dans ce cas?*

Cela arrive très rarement, probablement parce que les situations les plus graves parviennent rarement chez nous : lorsque les parents montrent très peu de capacités évolutives, que l'on ne perçoit aucun point d'appui, aucun élément que l'on puisse mobiliser vers un mieux, je pense que les professionnels du réseau s'en rendent compte et n'orientent pas chez nous. Ceci dit, s'il nous apparaît évident que le bien-être physique

ou psychique de l'enfant est trop mis à mal, nous en discutons avec les parents, nous posons la limite. Et si la discussion n'est vraiment pas possible, nous écrivons au juge — en le disant clairement aux parents — que le danger est trop grand pour l'enfant. Mais les deux parents ne sont pas forcément maltraitants : il est possible aussi de dire au parent non maltraitant comment protéger son enfant et vers qui se tourner pour cela.



## Santé mentale et exil

*Dans le numéro 17 de Bruxelles Santé (mars 2000), nous avons déjà consacré un dossier à l'exil.*

*Nous revenons sur ce thème en compagnie de Joëlle Conrotte, psychologue au service de santé mentale Le Méridien (Saint-Josse), et Alain Vanoeteren, psychologue à la communauté thérapeutique pour adultes La Pièce (Saint-Gilles). Et tout d'abord, précisons la notion même d'exil. A priori, elle peut évoquer diverses images : celle du bannissement, celle du déracinement, celle de la migration...*

A. V. : Nous donnons à la notion d'exil un sens qui n'est pas limité à celui du bannissement ou de l'obligation de quitter un territoire pour des raisons politiques. D'une certaine façon, nous revenons à une définition étymologique de ce concept : le fait de devoir sortir d'un lieu et d'assumer un devenir dans un lieu autre que celui où l'on a été socialisé. Ceci s'étend aujourd'hui, de manière très particulière, aux générations (appelées deuxième ou troisième générations «issues de l'immigration») qui suivent ce qui a pu être, pour leurs parents, une forme d'exil économique. Je dis «de manière très particulière» puisque l'on continue à parler d'immigration à propos de jeunes qui sont arrivés ici en bas âge ou sont nés en Belgique. Cela mériterait d'être questionné...

J. C. : Nous sommes des cliniciens; nous n'avons donc pas un regard sociologique sur le déplacement d'un ensemble de gens, nous sommes à l'écoute d'une parole singulière. La notion d'exil nous rend attentifs à ceci : comment une personne traverse cette expérience, cette mise à l'épreuve du changement de lieu. Nous constatons que nombreux sont ceux qui changent de lieu physiquement mais non pas psychologiquement. Là où il y a problème avec les deuxième et troisième générations, c'est quand les parents vivent dans le mythe du retour, quand il y a une nostalgie irréparable, que l'inscription ici n'est pas possible pour eux.

L'intérêt de la notion d'exil, c'est d'ouvrir à une dimension humaine universelle : l'exil est une épreuve humaine fondamentale. Les grands mythes à l'origine des religions monothéistes posent l'exil comme acte fondateur, particulièrement la religion musulmane avec l'exil du prophète Mahomet à Médine. C'est aussi ce que l'on retrouve dans l'étymologie du mot «exister» : *ex-sistere*, se tenir hors de. C'est une image de séparation, de naissance. L'exil ne devient destructeur que lorsque le déplacement dans la réalité amène le sujet à rester indéfiniment «hors lieu», nulle part, plus là-bas et pas ici, éternel étranger où qu'il se trouve. Le pays d'accueil peut favoriser l'enkystement dans le hors lieu lorsqu'il exclut l'étranger. Le sociologue Andrea Rea affirme qu'aujourd'hui l'Etranger incarne la

figure de l'exclu, du non citoyen, alors que les siècles précédents l'incarnaient dans le Prolétaire et le Vagabond.<sup>1</sup>

A. V. : Le recours à ces mythes nous permet d'aborder le migrant autrement que dans une différence qui serait incommensurable : nous nous refusons à considérer que le migrant soit une personne radicalement différente de par le fait qu'il a été socialisé dans une autre culture. Nous prenons un parti qui est celui-ci : l'expérience de l'exil «nous rappelle quelque chose», elle a une signification profonde pour nous. Mais ici on est face à quelqu'un qui l'a vécue, qui s'est trouvé dans un processus où cela s'est effectivement passé dans sa vie à lui. Quelqu'un qui nous fait part de son exil intérieur, de la construction, de la représentation qu'il s'est faite de cette expérience... On est face, non pas à une généralité ou à une abstraction, mais à des situations particulières de la condition humaine : qu'est-ce qui se passe quand, dans la réalité, cela a eu lieu? Comment est-ce qu'on se débrouille?... Avec ces lunettes-là, on est sans doute étonné par ce l'on entend, frappé par la diversité des trajectoires de ces gens... mais non par une Différence radicale! On est plus proche de ces gens, d'où qu'ils viennent, quand on utilise ces mythes-là.

J. C. : Freud place d'ailleurs la différence culturelle du côté de la «petite différence», tandis que ce qui constitue l'Altérité pour l'humain (comme l'a développé Lacan) c'est la dimension du langage. Bien sûr, dans notre travail concret

de cliniciens, nous avons aussi affaire à ces petites différences, à des modes d'expression particuliers de la plainte. Mais c'est notre travail d'entendre tout un chacun avec ce que sa parole comporte de singulier, avec tous les accidents de son histoire, ses particularités, et aussi ses ressources propres... Notre position, je le répète, n'est pas celle du sociologue ou de l'anthropologue, même si ces deux disciplines nous aident beaucoup en nous rendant attentifs à certaines choses. Notre position, c'est que nous ne savons pas ce que la personne a à nous dire. On est d'ailleurs souvent bien surpris par la différence entre ce qu'on imagine qu'elle pourrait nous dire et ce qu'elle nous dit effectivement! Nous ne pouvons pas travailler avec des généralités, du genre «chez les migrants, dans tel quartier, il y a telle et telle caractéristiques»...

A. V. : Je dirais que, d'une certaine manière, on travaille avec ces généralités — on ne peut pas faire autrement —, mais qu'on s'en méfie! La position clinique ne consiste pas à retrouver, dans le discours du sujet qui nous rencontre, quelque chose qui viendrait confirmer une configuration familiale particulière et rendre compte de pourquoi il souffre. On entrerait alors dans un système causaliste qui surdéterminerait complètement ce qui peut se passer pour quelqu'un. Un système qui classe les gens dans des tiroirs et qui cherche des réponses générales, valables pour tout individu appartenant à telle catégorie: «étant donné que la famille maghrébine fonctionne de manière X, et qu'entre hommes et femmes issus de l'immigration le rapport

1. Andrea Rea, *La société en miettes. Epreuve et enjeux de l'exclusion*, Bruxelles, Labor, 1997.

fonctionne de manière Y, le trouble de la jeune fille Z s'explique de telle manière»... Bien sûr, on est tous un peu là-dedans, on est tous sensible au lieu commun. Mais toute la complexité d'une position clinique c'est de laisser la personne échapper à cela! De laisser la personne rendre compte de pourquoi elle souffre, de rester convaincu qu'au-delà des déterminismes généraux, il y a autre chose qui rend compte de sa position. Lui laisser dire sa position peut déjà l'aider... Et là, on doit au moins tenir compte des enseignements de la sociologie et de l'anthropologie. Nous sommes d'ailleurs très curieux de ces «petites différences», parce que ce sont des clés. Il faut pouvoir ouvrir certaines portes, il ne faut pas négliger les modes de communication qui conditionnent les rapports sociaux. Ce sont des facteurs dont on doit tenir compte — mais qu'il faut pouvoir dépasser.

J. C. : Dans toute rencontre humaine, l'imaginaire est à l'œuvre : on se représente l'autre d'une certaine manière. Cet imaginaire est présent aussi dans la relation thérapeutique. En tant que thérapeutes occidentaux, nous devons rester vigilants par rapport à notre imaginaire à nous. Dans la rencontre avec l'autre, avec l'étranger, nous avons à laisser se modifier nos perceptions, nos représentations. Et c'est là que les apports de l'anthropologie sont essentiels, parce qu'ils nous rappellent qu'il est d'autres façons d'exister et de penser que les nôtres. Cela nous aide à ne pas imposer nos propres normes occidentales dans l'écoute des patients étrangers. Je pense par exemple aux familles musulmanes issues de zones rurales : si l'on n'est pas attentif au poids de la tradition pour les parents, à l'importance

que les jeunes, malgré leur discours revendicateur, donnent quand même à cette tradition, on va pousser les choses du côté d'une «liberté» qui sera fautive. Parce qu'elle cristallisera des revendications qui sont liées à des moments de crise passagers, qu'elle poussera à des ruptures au niveau familial. En respectant l'attachement à la tradition et aux valeurs qui lui sont liées, on peut avancer vers un dénouement de la crise. Ce sera parfois l'occasion de faire retour sur notre propre histoire, marquée elle aussi par ses traditions. Nous vivons dans une société de plus en plus sécularisée, dans une exacerbation de l'autonomie individuelle — c'est un moment particulier de notre histoire, et il n'est d'ailleurs pas sûr que cela ira toujours dans le même sens —, mais les autres ne sont pas nécessairement dans cette logique.

A. V. : Par rapport à ces valeurs, j'irais un peu plus loin. Je dirais : on n'en sait rien, on sait seulement qu'elles existent et qu'elles ont un poids, que ces gens viennent d'une société rurale qu'ils ont quittée il y a 30 ou 40 ans, avec l'influence d'une religion et de cadres culturels. Mais tout ce que cela représente pour quelqu'un qui a décidé de faire le voyage (ou pour ses enfants), il faut que ce soit lui qui en dise quelque chose. On ne peut rien présager de l'importance qu'il y porte.

J. C. : Je pensais en fait à une situation récente, où l'on touchait vraiment du doigt l'attachement aux valeurs du pays d'origine. Mais je voulais surtout dire que nous n'avons pas à imposer nos propres schémas culturels à nos patients. Car, lorsque se pose la question de ce qui est bon pour un enfant, un adolescent ou une femme en

difficulté, le premier réflexe est de penser : qu'est-ce qui est bon pour nous?... Par rapport à cela, le thérapeute doit chaque fois se décentrer.

A. V. : Oui, et il faut aussi éviter de basculer dans l'excès inverse, qui est : je veux apprendre ce qui est bon pour eux; ce qui est bon pour eux existe, je peux l'apprendre par l'intermédiaire d'un savoir, et je pourrai dès lors leur conseiller ce que je sais être bon pour eux! Cela revient toujours à savoir à la place de l'autre ce qui est bon pour lui. Et à le lui imposer au nom d'un déterminisme qui me semble usurpé, comme si la migration impliquait une tradition plus pesante que la nôtre ou que nous n'étions pas influencés par notre tradition propre. Je pense que ces questions peuvent être pensées autrement, en posant que nous sommes (depuis un certain temps, d'ailleurs) dans une période où des rencontres se construisent, où des identités nouvelles se créent. Dans un premier temps, on a eu des Belges, des Italiens, des Espagnols, des Marocains, des Turcs... Puis on a eu des Belgo-Italiens. Et maintenant des Belgo-Turcs... Cela crée quelque chose de nouveau, il y a une beaucoup plus grande possibilité de combinaisons identitaires. La manière dont cela va être dit et vécu — par un sujet X, dans telle catégorie sociale, avec des parents venant de telle région, arrivés à tel moment dans telle ville belge, etc., etc. — ne collera pas forcément à ce que pourra dire et vivre un autre, mais il y aura des liens. Toute cette complexification est passionnante, et surtout elle doit nous maintenir vigilants : on peut apprendre tous les jours avec ces gens, pour peu que l'on garde une position de questionnement plutôt que de réponse.

J. C. : Je suis souvent admirative devant le «bricolage» que les gens arrivent à faire avec leur souffrance, leurs conditions difficiles : comment ils arrivent à bricoler des passages entre tradition et modernité, entre attachement à la famille et désir de réalisation personnelle. Comment des adolescents, dans des conditions vraiment très difficiles, parviennent à faire des études brillantes. Comment des jeunes filles arrivent à respecter l'autorité du père et, en même temps, construire leur vie affective... Et, en retour, nous n'en disons peut-être pas assez sur le chemin que ces gens nous ont amenés à faire dans notre propre pratique. Comment ils nous ont amenés à remettre en question des certitudes apparentes qui n'étaient en fait que des formes : je pense par exemple à «l'écoute silencieuse»... Ici, il s'agit d'abord d'entrer en relation! Une fois que la relation est créée, on se trouve bien sûr dans notre champ clinique habituel, mais on a à s'impliquer davantage. Je fais parfois le parallèle avec l'époque où la psychanalyse n'était pas du tout connue : quand Freud recevait ses premières patientes hystériques, il leur expliquait ce que c'était, la psychanalyse. De même, pour certains de nos patients, «le psy» c'est très mystérieux! Mais la souffrance est bien là, et il faut les accompagner dans le cheminement qui rend possible un travail par la parole.

*Je voudrais revenir sur les «deuxième et troisième générations» dont on parlé au début de cet entretien...*

A. V. : Les termes que l'on utilise et qui sont véhiculés socialement ont un impact sur la manière dont ces jeunes gens peuvent réaliser un proces-

sus identificatoire, se construire une identité solide, notamment à l'adolescence. Quand des gens sont nés ici et qu'on les appelle sans cesse Marocains ou immigrés, cela pose quand même des questions! Ils savent très bien que leurs parents sont nés au Maroc et y retournent de temps en temps, mais de là à être systématiquement identifiés comme «étrangers» alors qu'ils sont nés ici et que leurs points de repère sont à Bruxelles, Charleroi, Anvers ou Liège... C'est comme quand on parle d'«allochtones». Ou de «communauté religieuse» — ou «ethnique»... Ces mots me posent problème. Ce sont des généralisations qui finissent par avoir un impact sur les choix identitaires qu'un jeune peut faire. Il est clair que si, dans l'histoire de la Belgique, le processus de l'immigration est reconnu et que l'on dit «il y a aujourd'hui des Belges de religion musulmane parce que leurs parents ont émigré il y a 40 ans», ce n'est pas la même chose que de dire «on a des problèmes avec les jeunes Nord-Africains»... Ces mots n'ont pas le même poids!

Dans les crises ou les troubles de l'adolescence (ou des jeunes adultes), la capacité de s'identifier dans la position de l'adulte et dans la société de l'adulte est un élément qui peut conditionner la liquidation de la crise de manière assez positive, pas trop aiguë. Si cette possibilité est systématiquement déniée, dans le meilleur des cas, on peut se retrouver avec quelqu'un qui veut renverser toute les barrières en disant «moi j'y arriverai quand même». Mais, souvent, ce sera plutôt la démission intégrale ou une tentative d'identification dans la résistance ou l'opposition au monde de l'adulte. Je pense qu'il faut vraiment être attentif aux termes que l'on

utilise. Il y a quelque temps, on m'a demandé d'intervenir sur le thème «adolescence, immigration et toxicomanie». J'ai dit d'emblée que l'on pouvait arrêter la conférence parce que, des adolescents qui viennent d'immigrer et qui sont toxicomanes, il devait y en avoir tellement peu en Belgique que ça ne valait pas la peine d'en parler! C'était une boutade, mais certaines «liaisons dangereuses» favorisent des représentations sociales réductrices et fausses qui finissent par s'implanter tant chez ces jeunes que dans le reste de la population, et qui empêchent une représentation positive de soi qui est nécessaire dans le lien social. Ce sont de petites choses mais, à force de s'accumuler, elles augmentent le malentendu.

*On voit bien que ces jeunes y sont sensibles : je me souviens d'une émission de télévision où des jeunes réagissaient vivement au terme d'intégration en disant «mais nous on est nés ici!»... Et d'une autre intitulée «la Maroxelloise», à propos d'une jeune fille qui avait forgé ce terme. On aurait peut-être besoin d'inventer d'autres termes positifs...*

A. V. : On peut constater que, par rapport à l'immigration italienne, c'est «digéré» : nous avons un vice-premier ministre qui est fils d'immigrés italiens!... J'ai un ami d'origine italienne qui m'a dit dernièrement : «Je suis enfin parvenu à ce que mon père se décide à revendre la maison qu'il avait fait construire là-bas.» Je ne veux pas faire de généralité à partir de ce cas particulier, mais il est intéressant à relever par rapport à ce mythe du retour au pays qui est si présent chez les migrants. Il est bon de rappeler que ce travail



de deuil a dû être fait aussi par les gens venus d'Italie et par leurs enfants... Il y a quelques mois, je discutais avec des jeunes de 18-19 ans dont les parents étaient venus du Maghreb. L'un d'entre eux disait : «Le père a fait construire une maison au bled, mais il ne m'y verra pas! Un endroit où je ne peux pas mettre un short... pas question!» On peut imaginer que, dans quinze ou vingt ans, ces jeunes auront peut-être à aider leurs parents à élaborer le même processus de deuil par rapport au retour...

Il faut replacer les choses dans une perspective historique, par rapport à d'autres groupes qui ont vécu une expérience comparable. Par certains aspects, je pense que deux personnes de culture différente, mais qui ont vécu l'expérience de la migration économique, ont davantage en commun que deux personnes de même tradition religieuse mais dont l'une a migré et l'autre est restée au pays. Bien sûr, il faut tenir compte aussi de la différenciation «primaire» qui a trait à la culture, aux croyances, aux valeurs et au contexte dans lesquels la personne a été socialisée. Mais ne négligeons pas cette extraordinaire possibilité de bricolage, de transformation, dont l'exil est un incroyable catalyseur. Car il ne faut pas pathologiser l'exil! Le mal-être de certaines personnes s'explique notamment par le déracinement qu'elles ont vécu, mais d'autres facteurs aussi peuvent rendre compte de leur souffrance: ce peut être un rapport à la mère ou au père complètement perturbé... L'exil en lui-même nous renseigne davantage sur le formidable potentiel de ressources psychiques et sociales de l'être humain, potentiel adaptatif, et sur les conséquences

parfois difficiles des réaménagements que cela entraîne.

J. C. : Il est toujours intéressant pour nous de noter à quel point la parole singulière vient subvertir des images toutes faites. En général, l'image sociale du migrant est assez disqualifiée; les stéréotypes du père chômeur, du fils délinquant, de la fille déprimée sont tenaces. Le psychothérapeute peut témoigner de parcours bien différents parce qu'il écoute des sujets un par un. Il peut aussi questionner la fabrication de ces stéréotypes : par qui sont-ils produits? Au profit de qui?... Et pointer comment les groupes humains vulnérables sont l'objet de stigmatisation.

*Alain Vanoeteren a dit tout à l'heure, à propos des migrants économiques, «décider de faire le voyage» (même si cette décision est dure à prendre et si le départ est un arrachement). On parle beaucoup aujourd'hui de «nouvelles figures de la migration» : les gens qui ont dû fuir. A cause de la guerre, à cause de la misère, à cause de persécutions. Si vous recevez des patients qui sont dans cette situation, pensez-vous qu'il y a là une dimension particulière de l'exil?*

J. C. : Je suis frappée de voir que les réfugiés politiques souffrent de manière extrêmement aiguë d'une perte de lien social. Les migrants d'origine marocaine ou turque sont souvent plusieurs du même village, ils vont s'installer dans des quartiers où vit toute une communauté, ils ont déjà de la famille ici, le support familial et social est souvent très présent. Pour la plupart des réfugiés politiques, il en va tout à fait autre-



ment : ils sont dans la situation incertaine du demandeur d'asile, ils sont parqués ici dans des conditions difficiles, sans liens sociaux, sans activités, sans repères... Ce qui me frappe aussi, c'est toute l'énergie vitale que ces gens ont mise dans le départ de leur pays, toutes les épreuves qu'ils ont traversées. Ils doivent vraiment avoir une santé mentale remarquable pour avoir tenu le coup, pour être encore dans un processus de vie! Mais leur souffrance est très grande; pour eux, l'exil-bannissement n'est que trop vrai. Je pense à une infirmière congolaise qui a effectué un travail extraordinaire dans son pays; en tant que réfugiée, sa souffrance actuellement est de ne plus être utile à personne.

Ces gens arrivent chez nous avec tout un potentiel d'expérience, de créativité, et ils sont là, en attente. Il faut tout un temps avant qu'ils puissent reconstruire une vie et retrouver une place. Quand on voit à quel point ils sont victimes du racisme primaire quand ils cherchent un logement ou un travail, on n'est pas très fier d'être belge... Dans la demande qu'ils nous adressent, il y a toute cette souffrance psychique, mais aussi une série de choses dont il faut s'occuper. J'essaie toujours de ne pas me soucier seulement de l'aspect psychologique, et de veiller à ce que les autres dimensions soient prises en charge. Et là, je dois dire que l'impact de la différence culturelle dans la relation thérapeutique passe tout à fait à l'arrière-plan; il y a simplement une personne humaine en souffrance et une autre qui accepte d'entendre cette souffrance. Des questions comme la religion, le destin ou les thérapies traditionnelles prennent beaucoup moins de place. Je me souviens d'un réfugié politique

algérien qui disait : «Je suis ça va pas». Bien sûr, il ne connaissait pas très bien le français, mais quand même, ça résonne, une phrase comme celle-là! Il n'était plus que quelqu'un qui est là, rempli de détresse...

*Un autre cas de figure, ce sont les gens qui viennent des pays de l'Est... Mais, de nouveau, c'est certainement une simplification de globaliser ainsi. A Saint-Gilles, les minibus immatriculés en Pologne arrivent et repartent à un endroit précis de la commune : ce sont des gens qui font l'aller-retour pour se faire de l'argent. Mais d'autres vivent à Bruxelles en famille, comme on peut le voir et l'entendre en se promenant dans les rues. Il s'agit peut-être de formes de migration encore différentes, ou plus proches de celles des années 50-60...*

J. C. : Je pense que la question des migrations économiques reste extrêmement actuelle; un auteur comme Terray parle de «délocalisation sur place»... Combien de logements bruxellois ne sont-ils pas rénovés par de la main-d'oeuvre provenant de l'Est? Combien de maisons ne sont-elles pas entretenues par des latino-américains? C'est toute une économie souterraine, qui fait vivre le pays et qui est parfaitement tolérée. On a tendance à rejeter l'étranger, mais pas quand on peut avoir de la main-d'oeuvre à bon marché!... L'immigration économique reste donc, à mon avis, aussi présente que dans les années 60-70, mais c'est maintenant une économie parallèle. Quant aux gens qui font l'aller-retour, je n'en ai pas dans ma patientèle, mais il me semble que cela permet de garder les liens familiaux, d'être valorisé comme celui qui aide

la famille restée au pays, et de ne pas vivre l'arrachement du pays d'origine. Beaucoup de pays pratiquent maintenant la migration saisonnière : l'Espagne, par exemple, pour les récoltes. On pourrait croire que c'est la moins mauvaise solution, mais en fait il n'en est rien : la migration saisonnière occasionne aussi beaucoup de problèmes humains.

En tout cas, ce qui me frappe, c'est à quel point ces déplacements sont porteurs de désir de vivre. Et ce désir est beaucoup plus fort que toutes les réglementations protectrices et ségrégatives : les gens ne peuvent pas renoncer à vivre, donc ils se débrouillent! Les migrants proviennent généralement de pays jeunes sur le plan démographique, et il y a là une poussée de vie à laquelle nos pays ne peuvent pas résister. Et qui amène des choses intéressantes pour nous.



## Santé mentale et vieillissement

*Isabelle Boniver, assistante sociale et sociologue, partage son temps de travail entre le service de santé mentale Woluwé Psycho-Social (WOPS) et le centre d'action sociale globale Wolu-Services. En outre, elle coordonne plusieurs groupes de travail de la LBFSM centrés sur divers aspects de la problématique du vieillissement. Nous l'avons rencontrée pour évoquer un sujet qui reste délicat mais qui nous concernera tous, tôt ou tard, et qui, en raison de l'évolution démographique, ne peut que devenir une question de société incontournable.*

*En lisant le rapport d'activités de la coordination Personnes âgées à la LBFSM, j'ai notamment retenu cette question : «pour quelles raisons le travail avec les personnes âgées reste-t-il, dans de nombreux secteurs, confiné dans une discrétion que l'on ne peut que regretter?»...*

Je pense que, malgré un discours moins «excluant» depuis quelques années, cette discrétion est encore et toujours liée à des images, concepts ou stéréotypes que notre société colle au vieillissement. Ces nombreuses représentations négatives suscitent bien souvent des attitudes ou des réponses discriminatoires. Prenons par exemple l'angoisse que représente pour beaucoup d'entre nous l'idée de mal vieillir. Cette angoisse est certainement imbriquée au sentiment d'insécurité personnelle, de fragilité

et de dépendance que nous renvoient nos représentations sociales du vieillissement. Un autre exemple est la honte de vieillir dont parlent certaines personnes âgées en consultation — honte qui amène un sentiment de déchéance, d'inutilité, alors même que de nombreux médias nous serinent qu'il faut «vieillir jeune» et entretiennent le culte de l'image et de la beauté. Alors que le vieillissement peut entraîner de nombreuses pertes difficiles à négocier, notre société renforce un sentiment de déchéance si l'on ne se sent pas capable de vieillir en restant «jeune et actif».

Dans ce contexte, les professionnels ne sont pas non plus très enthousiastes à l'idée d'aller à la rencontre des personnes âgées, qui leur renvoient sans doute avec trop de force une image de perte de valeur et un sentiment d'échec contraire à l'impératif de réussite sociale. C'est peut-être pour cela que peu de professionnels du secteur de la santé mentale se dirigent «spontanément» vers un travail avec les personnes les plus âgées. Un autre aspect de la discrétion dans laquelle est tenu ce travail est la méconnaissance qui entoure les soins de santé mentale ambulatoires avec les personnes âgées... Ce sont ces multiples raisons qui ont donné naissance, au sein de la coordination à la Ligue, à toute une réflexion sur le travail, spécifique ou non, avec les personnes âgées.

*Vous travaillez en lien avec des maisons de repos... On dit souvent que la population européenne vieillit : constate-t-on les effets de ce phénomène dans les maisons de repos?*

En Belgique, le secteur des maisons de repos est très structuré, avec de grandes unités de vie et une population dont la moyenne d'âge est de 85 ans : on peut vraiment parler de quatrième âge plutôt que de troisième âge. Dans ces grosses structures, des personnes aussi âgées passent rapidement du statut de sujet à celui d'objet, il faut bien le dire. Cependant, on constate une évolution positive, peut-être justement par les connexions entre le secteur des maisons de repos et celui de la santé mentale. Des projets alternatifs voient le jour, notamment des projets intergénérationnels : par exemple, on construira une maison de repos à côté d'une crèche, où la personne âgée valide pourra jouer un rôle auprès des enfants.

D'autres projets viennent des pays anglo-saxons, comme Abbey Field, où les personnes âgées vivent en communauté autogérée et font appel à des aides extérieures : elles entrent dans cette maison en bonne santé et vieillissent ensemble. Je crois que, culturellement, on n'est pas encore prêt à accepter ce genre de formule ici, sans doute parce que les personnes âgées d'aujourd'hui n'ont connu que le modèle de vie conjugale et familiale. A mon avis, le changement viendra des générations qui abordent actuelle-

ment le vieillissement : elles ne voudront pas des maisons de repos où la personne est niée, et, ayant vécu des modèles d'autogestion et de vie communautaire, elles seront culturellement prêtes à voir autrement la vieillesse et déterminées à changer le visage de la maison de repos.

Il faut aussi noter qu'un décret a été voté chez nous. Il demande aux maisons de repos de ne pas se limiter à offrir un hébergement bien propre et bien éclairé, mais de proposer à la personne qui entre un projet de vie et non seulement un endroit où finir ses jours. L'institution doit préciser la manière dont elle va accueillir la personne âgée dans son changement de lieu de vie; il est également prévu de constituer un conseil des résidents, un comité des familles... Bien sûr, le texte ne donne qu'une définition très vague de la structure de ce projet, et sans doute trop de maisons de repos se contenteront-elles d'appliquer la lettre du décret sans modifier grand-chose au quotidien de l'institution. Mais c'est tout de même un pas de plus pour que, petit à petit, la maison de repos cesse d'être un lieu d'exclusion dans la ville et que se construise tout un réseau à partir d'un véritable lieu de vie.<sup>1</sup>

*Peut-on dire qu'il existe des problèmes de santé mentale spécifiques aux personnes âgées?*

Bien sûr, le vieillissement lui-même peut amener des problèmes comme la confusion, la démence, la maladie d'Alzheimer. La dépression n'est pas

1. Pour plus de détails, on peut se reporter au *Guide pour l'élaboration et l'utilisation d'un projet de vie en maison de repos pour personnes âgées* rédigé en 1996 par le groupe de travail Personnes âgées du Conseil Consultatif de la COCOF. Ce document peut être obtenu auprès d'Infor-Homes Bruxelles (tél. 02 219 56 88, fax 02 219 13 53).

spécifique à la personne âgée, mais la cause peut en être liée au vieillissement : perte du rôle social, décès du conjoint, perte d'autonomie. Il y a aussi le sentiment de déchéance physique que l'on a du mal à accepter. Mais je pense que «la personne âgée» est aussi une personne d'un âge donné qui, comme tout un chacun au cours de sa vie, traverse des cycles et est confrontée à des moments tantôt difficiles, tantôt plus heureux. Si la personne ne fait pas un travail d'acceptation de ce corps qui vieillit, cela amène des problèmes liés à cet âge donné — qui peut aussi bien être la quarantaine ou la cinquantaine! A côté de cela, comme je l'ai dit, il y a des personnes vieillissantes qui ont eu un parcours psychiatrique, et pour qui la difficulté de vieillir peut être renforcée par la structure de la personnalité.

*Qu'en est-il du travail avec les personnes âgées sur leur lieu de vie, soit à domicile, soit dans les homes?*

Dans les centres de santé mentale, nous nous déplaçons facilement sur le lieu de vie de la personne âgée, soit que celle-ci, vu son âge, ne puisse plus se déplacer, soit (et c'est très fréquent) que la demande soit formulée par un tiers : un membre de la famille, un professionnel de santé, quelqu'un du réseau psycho-médico-social, qui s'inquiète pour une personne. Nous nous rendons alors sur place, avec le tiers demandeur, que ce soit à domicile ou dans le home. Nous rencontrons aussi les personnes dans cet espace de soins qu'est l'hôpital, pour faire lien entre tous les moments de vie et aussi parce que la personne est parfois amenée à y séjourner longtemps.

Les situations présentées par les personnes âgées ne diffèrent donc pas fondamentalement des situations présentées par les autres usagers *mais* l'âge, la détérioration qui en découle, une moindre mobilisation, une plus grande fragilité affective, l'approche de la mort, en donnent une *dimension* supplémentaire. (...) En chaque personne âgée, il y a un enfant, un adolescent et un adulte qui demeure. Mais aussi inversement, en chacun de nous une personne âgée se développe : pouvons-nous dire que nous ne sommes jamais concernés par le sentiment de nos limites, la possibilité de la mort ou le sens de notre vie? La personne âgée est avant tout un adulte plus âgé que d'autres, vivant des histoires propres à son histoire; cette histoire est aussi celle de sa place dans sa famille au sein de laquelle elle s'est construite, porteuse de désirs, de valeurs, d'interdits, de deuils.

(I. Boniver, *Les Cahiers de la Santé*, n°2, 1997, pp. 40-41. C'est l'auteur qui souligne.)

En fait, sur le lieu de vie nous faisons le même travail qu'au centre, mais s'y ajoute tout un travail de réseau. D'abord parce que c'est souvent un membre du réseau qui est demandeur, mais surtout parce que les handicaps liés au vieillissement amènent à faire appel à des services comme les soins à domicile, l'aide familiale, les repas à domicile, la biotélévigilance... Le travail de réseau peut aussi déboucher sur des demandes de formation, par rapport aux questions ou aux inquiétudes des professionnels. Il nous arrive également de faire un travail de

coordination locale, en mettant autour d'une table les membres du réseau, pour mieux aider la personne âgée et clarifier le rôle de chacun. Nous faisons en parallèle un travail de clarification avec la personne âgée elle-même et servons de relais ou de témoin face aux attentes de chacun.

*Quand votre intervention est demandée par un tiers, comment réagit la personne âgée?*

Je ne peux pas parler au nom de tous les intervenants mais, en général, on écoute d'abord la demande du tiers, parce que c'est lui qui est inquiet, même si c'est par rapport à quelqu'un d'autre. Et parfois ça s'arrête là. Par exemple, une fille s'angoisse pour son père, mais on s'aperçoit que le problème c'est sa tristesse à elle de voir son père vieillir, alors que lui l'accepte. Bien sûr, il arrive aussi que le tiers s'inquiète parce que la personne âgée souffre de ce qui lui arrive, ou qu'un parent vieillissant ne puisse plus rester à la maison et qu'il faille préparer un placement. On porte alors cette inquiétude auprès de la personne âgée, et cela amorce ou pas une relation d'aide avec celle-ci. Parfois c'est le refus : à nous, alors, d'accepter ce refus et de le transmettre au tiers.

Nous sommes souvent amenés à porter la demande d'un tiers, avec toute la difficulté que représente l'initiative d'aller à la rencontre de quelqu'un qui ne nous demande rien — mais qui peut aller très mal, pour qui les risques peuvent être sérieux. Ceci dit, on voit souvent un service social communal, ou bien le voisinage, s'affoler parce que «elle perd la tête, elle va laisser le gaz

allumé»!... Il y a tout un travail à faire, parfois surtout avec les intervenants du réseau. Il arrive que le simple fait de savoir qu'ils peuvent nous appeler suffise à désamorcer l'anxiété.

*Un sujet dont on parle peu, mais quand on en parle dans la presse c'est à vous faire dresser les cheveux sur la tête...*

La maltraitance! On «planche» beaucoup là-dessus dans les groupes de travail. La définition de la maltraitance est extrêmement large, déjà à propos de la petite enfance, mais c'est encore plus marqué avec les personnes âgées. Les violences physiques, les coups, etc., existent bien, mais la maltraitance se manifeste surtout par le détournement des biens, des pensions, et plus simplement par la négligence et le manque de respect (le tutoiement est de règle dans certaines maisons de repos). A mon sens, la première maltraitance est l'exclusion dans laquelle on confine depuis longtemps les personnes âgées; de là découlent les autres mauvais traitements, familiaux, financiers ou autres.

Dans les centres de santé mentale, nous sommes rarement confrontés à des cas évidents de mauvais traitements, comme une mère qui se fait battre par son fils. Il s'agit plutôt de questions provenant de professionnels d'une maison de repos, par exemple, sur la manière dont la direction traite en général les pensionnaires. Mais, là aussi, la source de la maltraitance est souvent dans les prémices : si l'institution accepte de prendre en charge des situations qui vont la dépasser — disons une personne confuse et démente dans une maison de repos clas-

sique —, on finira par attacher cette personne nuit et jour parce qu'on ne sait pas comment faire! C'est de la maltraitance, sans aucun doute, mais née de l'épuisement et de l'incompétence du personnel. Et de la décision de la direction d'accepter la personne pour des raisons financières, parce qu'il faut occuper le lit... Donc, quand quelqu'un crie «au feu!», il faut se montrer prudent et, comme dans une thérapie systémique, considérer tout ce qui se passe dans le système institutionnel ou familial. De même que pour la maltraitance infantile, évitons de nous précipiter et de faire appel d'emblée à l'arsenal judiciaire. Il suffit parfois de renouer le dialogue, de recréer du lien.

Mais il arrive aussi que l'on soit confronté à une personne âgée maltraitante! Quelqu'un qui a pu être violent vis-à-vis de ses enfants, et à qui ceux-ci le font «payer» parce qu'il est devenu plus vulnérable en raison de son vieillissement. On débouche alors sur la question : qui maltraite qui?... Si le fils frappe sa mère, il y a peut-être toute une histoire commune qui se joue là, et il faut mettre quelque chose en oeuvre pour nouer un dialogue. Mais certains systèmes sont tout à fait rigides, on ne peut pas y toucher...

*Vous avez évoqué des formations. Pourriez-vous en dire deux mots?*

Nous avons à la Ligue, depuis sept ans maintenant, un groupe de formateurs. Au départ de ce groupe, il y avait tout simplement des demandes de formation adressées aux travailleurs de la santé mentale qui avaient une expérience avec les personnes âgées. Ces demandes, provenant

surtout du secteur des soins à domicile et des maisons de repos, étaient d'abord très classiques : expliquez-nous ce qu'est la dépression, la maladie d'Alzheimer, etc. Nous avons peu à peu axé ces formations sur les préoccupations de terrain, étant nous-mêmes confrontés à une pratique avec les personnes âgées. Ces formations sont donc plutôt des rencontres autour de situations cliniques centrées sur la relation avec la personne âgée, à partir desquelles seront éventuellement apportés des éléments théoriques. Il s'agit de donner aux participants non seulement un temps d'apprentissage, mais aussi et surtout un temps de parole, un lieu où ils peuvent déposer, déverser toutes les difficultés qu'ils rencontrent. C'est là que ces formations ont d'ailleurs un rôle préventif par rapport à la maltraitance. Car une aide soignante prise dans des horaires affolants, et confrontée à une personne âgée qui crie et se lève toute la nuit, finira par être maltraitante si elle ne trouve pas un lieu où elle peut dire : «je n'en sors pas, comment dois-je faire?»...

*Isabelle Boniver remercie pour leur relecture ses collègues de l'équipe de psychogériatrie, Françoise Antoine et Marianne Delhez.*



## Jeunes adultes et vieux adolescents

*Ann d'Alcantara est psychiatre d'adolescents au centre de guidance Chapelle-aux-Champs de l'UCL. Par ailleurs, dans le cadre de la LBFSM, elle coordonne avec Christian Van Uffel, du service de santé mentale de Saint-Gilles, quatre groupes de travail centrés sur l'adolescence.*

*Nous nous sommes particulièrement entretenus avec elle d'un de ces groupes, dénommé JAVA (pour Jeunes Adultes et Vieux Adolescents). En effet l'étirement, sans limites claires, de la période intermédiaire entre l'enfance et l'acquisition du statut social d'adulte est sans conteste une caractéristique de notre époque. Un phénomène qui est loin d'être reconnu par la société, ce qui n'est pas sans implications concrètes pour le devenir de nombreux jeunes gens.*

*Comment est né ce groupe de travail?*

Il est né en 1998, et nous l'avons intitulé JAVA, avec une pointe d'humour, parce qu'on dit parfois que les jeunes «font la java et ne pensent à rien». Alors que nous nous trouvions face à des jeunes pour qui il n'était pas question de faire la java parce qu'ils étaient, selon l'expression de l'un d'eux, «tombés dans l'âge adulte»... comme on tombe enceinte! Une série de personnes se sont donc réunies, issues de secteurs différents mais toutes liées d'une façon ou d'une autre à la jeunesse : l'aide sociale au sens strict, l'aide

pédagogique, l'aide médico-pédagogique, l'aide aux familles, l'aide négociée sous l'égide de la loi... et aussi la Ligue des Familles, qui a d'ailleurs apporté un regard tiers par rapport à celui des professionnels du champ de l'adolescence. Tous ces champs connexes se rencontrent et collaborent, et non seulement dépannent les usagers des services mais leur donnent un accompagnement et des outils qui leur permettront de sortir du rapport d'aide ou de dépendance.

Ce groupe est né d'une sorte de paradoxe du social que nous constatons au sein de la coordination Adolescence. Un paradoxe qui vient du resserrement qui s'est produit autour de la majorité à dix-huit ans : passé cet âge, les jeunes sortent du cadre de l'aide à la jeunesse, ils entrent dans le monde des adultes et ils sont donc censés se débrouiller. Et s'ils n'y arrivent pas, ils tombent dans le registre des aides sociales aux adultes : CPAS, chômage, mutuelle, etc. Mais ils n'ont plus accès à cet espace de l'aide à la jeunesse, où le social, l'éducatif et le soin peuvent se recouper, avec la possibilité de passer d'une zone à l'autre. On est malade ou demandeur d'emploi, ou on dépend du CPAS, ou alors on est au travail!... C'est quand même un énorme paradoxe que la société impose cela, alors même qu'elle rend impossible toute autonomie réelle (qui soit autre chose que du bricolage) à un jeune de dix-huit ans. Cette société impose à



ses membres les plus fragiles — je pense à ceux qui ont besoin d'aide éducative et psychologique — ou les plus démunis — ceux qui ont plutôt besoin d'aide socio-économique — d'être armés à dix-huit ans pour soutenir une position d'adulte, dans un contexte où même les jeunes portés par un soutien familial ne sont pas en mesure d'être autonomes à cet âge.

Cette première interrogation s'est produite quand les autorités ont commencé à «mettre au pas» une série d'associations reconnues et subsidiées pour faire de l'aide à la jeunesse — souvent des services d'aide en milieu ouvert ou des associations qui combinaient mise en autonomie et placement familial, etc. Ces associations travaillaient sans réel critère d'âge, autour d'une conception «existentielle» de la jeunesse ou de l'adolescence plutôt que d'une conception civile (la majorité légale). Avec le resserrement sur la majorité civile, travailleurs sociaux, éducateurs et soignants ont été tenus d'abandonner tout le travail d'autonomisation mené avec des jeunes depuis l'âge de 16-17 ans, qu'ils accompagnaient parfois ensuite jusque 20-22 ans. L'arrêt brusque de cet accompagnement pouvait avoir des conséquences dramatiques, dans des situations de mise en autonomie par exemple. Les équipes qui avaient entrepris ce travail se trouvaient contraintes de laisser les jeunes se dépatouiller dans des circonstances paradoxales, en contradiction avec le message qu'ils avaient eux-mêmes envoyé à ces jeunes.

On trouve un autre paradoxe dans l'obligation scolaire jusque dix-huit ans : avant cet âge, le jeune se trouve dans un lien de contrainte, donc dans une position infantile, et passé ce cap il devient subitement un adulte. Le pouvoir politique ne reconnaît donc pas ce que l'on appelle l'adolescence, c'est-à-dire un entre-deux, un temps intermédiaire entre le lien de contrainte — «ce n'est pas toi qui décides» — et l'obligation de se débrouiller tout seul — «tu es adulte, tiens debout dans la société». On pourrait pourtant imaginer un statut citoyen intermédiaire, qui commencerait bien avant dix-huit ans et où la contrainte serait remplacée par la responsabilisation. Un temps qui rendrait compte de la nécessité de faire des expériences sans en porter la pleine responsabilité. Parce que, pour devenir autonome, il faut pouvoir procéder par essais et erreurs! Une fois qu'on est adulte, par contre, on n'a plus droit à certaines erreurs, pour lesquelles on paie pleinement le prix. Alors qu'à l'adolescence ce serait juste et cohérent qu'il existe un statut intermédiaire, caractérisé par la responsabilité, bien sûr (il ne s'agit pas d'autoriser n'importe quoi), mais aussi par la possibilité de faire des expériences. De modifier sa position, de changer d'avis, de s'orienter et de se réorienter encore, sans être sanctionné, en payant un prix différent de celui que paie l'adulte. Un prix qui serait en fait adapté à la logique du social. Car la société exige aujourd'hui un temps d'apprentissage et d'initiation particulièrement long avant que l'on puisse assumer une position d'adulte.

Bien sûr, dans les services d'aide à la jeunesse, dans les homes, les jeunes pouvaient faire une demande de prolongation. Mais, quand on va avoir dix-huit ans, demander une tutelle prolongée de six mois, ça ne va pas de soi! Certains la demandent, bien sûr, mais la plupart veulent profiter de leur liberté. Et puis ils reviennent tout penauds après quelques mois, avec des dettes, ayant perdu courage, se rendant compte qu'ils ont encore besoin d'aide... alors que les équipes ne sont plus en droit de la leur donner. Le groupe JAVA est donc né dans la frustration et dans la révolte d'une série de travailleurs, par rapport à des «post-adolescents» très en demande de soutien, qui souvent n'étaient plus dans la recherche effrénée des privilèges de la jeunesse. Après dix-huit ans, ils étaient beaucoup plus proches de la nécessité de construire une existence et un avenir social, et souvent plus mûrs pour accepter ce que leur demande d'aide impliquait de structures, de balises, de limites. Tandis que, plus jeunes, ils avaient parfois du mal à accepter les conditions, le contrat qui accompagnaient l'aide.

#### *Dans quel sens le groupe a-t-il travaillé?*

Il y a eu tout un cycle. Dans un premier temps, nous avons essayé de mettre en commun l'expérience des services d'aide en milieu ouvert, des centres de santé mentale, des services de placement, etc. L'idée était de partir du vécu des travailleurs mais aussi de voir s'il y avait lieu de porter nos préoccupations au niveau politique. Il fallait mettre en question nos tensions, notre colère, notre frustration : était-ce surtout le vécu d'un certain nombre d'individus, ou cela concer-

nait-il le social dans son ensemble, la place de la jeunesse dans la société? En groupe, nous avons donc d'abord explicité nos concepts, clarifié nos points de vue. Cela tenait-il debout? Pouvait-on le conceptualiser? Puis, comme nous nous sommes très vite retrouvés dans une période pré-électorale, nous avons décidé de sensibiliser les bureaux d'étude des différents partis politiques, les syndicats, les CPAS (à Bruxelles, plus de 20% des «clients» des CPAS ont moins de vingt-cinq ans)...

Ce temps de rencontres nous a beaucoup éloignés de nos questions de départ. Et, au bout d'un an, nous nous sommes, d'une part, rappelé que nous étions tous issus du secteur de l'aide aux adolescents, même si nous travaillions avec de jeunes adultes. D'autre part, nous nous sommes rendu compte qu'il fallait prendre garde à ne pas parler à la place de ces jeunes adultes. Autant, en effet, on peut imaginer de prendre la parole au nom des adolescents, qui n'ont pas le recul nécessaire pour se situer par rapport à des enjeux sociaux et ont du mal à faire entendre leur voix, autant c'est imprudent avec les jeunes adultes. Donc, tout à coup, le groupe a connu une sorte de «creux» autocritique : mais pour qui nous prenions nous...? Il ne fallait pas tomber dans le piège de vouloir faire le bien de l'autre sans lui demander son avis, à partir de notre propre idée de ce qui était bon pour lui.

Nous avons alors réfléchi à partir du fait que chaque génération construit ses défenses, ses modes de questionnement et de contestation. Car il y a aujourd'hui tout un discours sur la rela-

tive absence de contestation des jeunes adultes vis-à-vis de la société, sur leur désintérêt pour la politique. Et, de fait, rares sont ceux qui portent jusqu'au bout une contestation que les travailleurs sociaux qui les accompagnent seraient, eux, souvent prêts à mener! Mais nous ne voulions pas entrer dans un discours sur la jeunesse. Non pas nous exclamer «ah mon dieu! c'est navrant comme les jeunes sont dépolitisés!», mais nous demander ce qui fait qu'ils n'emploient plus l'outil politique, et aussi quels autres outils ils ont développés. Car, en bons adultes, nous sommes par définition imperméables à cela, nous ne voyons pas où sont ces nouveaux outils : c'est même le propre de la succession des générations!

Nous avons donc travaillé la question sur ce mode, pour constater que les jeunes construisaient justement — dans la débrouille, dans ce qui pourrait nous paraître l'absence de quelque chose — un autre mode de lien au travail, par exemple. Quand je dis «l'absence de quelque chose», je pense à ce qui était classique à la génération précédente. Aujourd'hui, nombre de jeunes autour de vingt-cinq ans n'ont pas de domiciliation propre, pas de job stable (ou au moins un premier job), pas de couple qui puisse éventuellement accueillir un enfant. Mais ils ont construit des alternatives à cela. Au lieu d'un job stable à plein temps, ils peuvent avoir une série d'activités qui permettent des modes d'autonomie nouveaux. Bien sûr, certains restent dans un lien de dépendance par rapport aux parents. Mais il y a aussi des situations où des accords

sont négociés de manière très satisfaisante pour les deux générations, dans un lien qui n'est plus de dépendance même si, parfois, les jeunes continuent à vivre sous le même toit que leurs parents. Nous nous sommes rendu compte qu'il existait, en lieu et place de la séquence études-recherches professionnelles-emploi, toute une série de formes, peut-être plus précaires, plus partielles, plus mouvantes, mais comportant une satisfaction réelle. Par exemple, le mot travail peut ne plus renvoyer à un boulot basé sur un diplôme, mais à un équilibre entre des activités rémunératrices et d'autres qui sont liées à un intérêt personnel.

Nous avons donc essayé d'explorer ce type de solutions, à l'aide de textes plus sociologiques. Cela a pu jouer un rôle de catalyseur pour des projets comme Solidarité, qui s'adresse aux 17-25 ans, respectant ainsi le temps social de l'adolescence, et combine travail, apprentissage citoyen et orientation personnelle<sup>1</sup>. Des projets où on n'est pas obligé de se sentir en échec parce qu'on change d'avis. Comme si tout changement d'orientation signifiait un échec! Alors que, narcissiquement, subjectivement, toute l'énergie passe à surmonter l'échec — cette énergie dont on aurait justement besoin pour investir un nouveau projet. Dès lors ce nouveau projet, quand il y en a un, n'aboutit pas, parce que l'image que le jeune se fait de lui-même s'est effondrée et que, le temps de récupérer sa confiance en soi, il a pris deux longueurs de retard pour mener à bien un nouveau projet.

1. Pour plus de détails sur ce projet, voir *Bruxelles Santé* n° 22, pp. 2-5.

Toujours sanctionner les réorientations par un échec ne correspond pourtant pas à la mouvance du monde moderne, qui exige que l'on prenne la balle au bond, que l'on soit mobile, qui ne permet plus d'imaginer une carrière plane chez un employeur, avec une petite promotion tous les cinq ans : ce n'est plus de notre époque! Donc instaurer un travail de retour sur soi, d'évaluation, de recyclage, de réorientation, c'est en adéquation avec notre monde. Et pourtant le temps civil ne s'y prête pas. Un programme d'enseignement, cela se prévoit un an à l'avance, ou plus... Tout cela ne correspond pas à la temporalité du monde moderne. Voyez toutes les sociétés qui se sont créées à partir de l'informatique : le nombre de jeunes qui se sont engouffrés dans ce marché, et un an plus tard les sociétés ferment les unes après les autres! Il faut tout de suite se relever, repartir, alors que les structures ne sont pas du tout faites pour cela.

Voilà pour le second temps du groupe JAVA, caractérisé par l'idée de ne pas se substituer aux jeunes adultes et de prendre en compte leurs modes d'adaptation. Et puis, troisième temps : nous revenons au projet de départ, en nous disant que ces jeunes-là, justement, arrivent à se débrouiller, à fonctionner, et que nous avons un peu perdu de vue les plus fragiles et les plus démunis. Ceux pour qui l'exclusion est peut-être un destin. Car on ne peut pas nier que la société se dualise. Nous avons donc repris notre bâton de pèlerin et notre souci de soutenir des interrogations percutantes sur le sort réservés à ceux que l'organisation sociale laisse dans l'illusion qu'ils auront un jour leur place... Et l'aide à la

jeunesse — dont les moyens ont par ailleurs été très heureusement étoffés — contribue à conforter cette illusion quand elle s'arrête brutalement à dix-huit ans. Nous devons rester parmi ceux qui secouent la conscience des nantis mais aussi des décideurs politiques. Il s'agit de leur dire en substance : «attention, vous êtes en train de préparer une bombe; vous créez des perspectives, des aspirations qui, dans un second temps, sont cruellement déçues, arrêtées net». D'où la nécessité de créer des projets à cheval sur la frontière entre minorité et majorité légales. Et de trouver des statuts juridiques nouveaux. Car, si certaines structures peuvent négocier pour travailler sur la période 14-20 ans, ce sont surtout des structures de soins liées à l'INAMI. Il n'en va pas de même de l'aide à la jeunesse...

*Et après ce retour aux sources, où en êtes-vous?*

Le groupe a arrêté ses travaux, et nous préparons maintenant la rédaction d'un document qui témoigne de cette réflexion. Par ailleurs, un autre projet est né : Europ'adolescence II. A la demande du Comité Français pour l'Adolescence (CFA), la coordination Adolescence avait participé à l'organisation d'un premier colloque Europ'adolescence à Bruxelles, en janvier 1999, sur le thème «Adolescence, famille et société». L'idée était de ne pas tomber dans le stéréotype classique — «les ados posent problème aujourd'hui» — mais de s'interroger sur la culture jeune actuelle, sur la place que prennent et reçoivent les ados dans les familles, etc. Ils s'agissait d'ouvrir les perspectives traditionnelles, à l'intention des travailleurs de la santé et particu-

lièrement de la santé mentale. Car, en Belgique, la réflexion sur la spécificité d'un accompagnement médico-psycho-pédagogique de l'adolescence a commencé, en pionnière, dans le monde psy (alors que la psychiatrie juvénile française est beaucoup plus récente).

Au terme de ce colloque, nous nous sommes dit : «la prochaine fois, il faudra réserver une tout autre place aux ados eux-mêmes». Donc, quand le CFA nous a relancés, nous avons décidé de penser ce colloque autrement, en mettant en place un véritable processus de réflexion intergénérationnel. Ce qui nous intéressait, ce n'était pas un colloque *sur* l'adolescence, mais un temps de réflexion en partenariat avec des adolescents. Ce travail, qui a maintenant deux ans, a donné lieu à un premier mini-colloque<sup>2</sup>. Nous avons vraiment joué le jeu; nous voulions éviter qu'une fois de plus ce soient des adultes qui construisent cela en dehors des ados. Vingt-cinq ados et vingt-cinq adultes ont choisi un thème ensemble, ont préparé ensemble un après-midi de travail paritaire, avec des duos d'animateurs comprenant un ado et un adulte.

En fait, nous construisions et mettions à l'épreuve une méthodologie qui n'allait pas de soi. Elle devait respecter le mode de fonctionnement d'une rencontre ados-adultes. Une véritable aventure... Le Jour J, nous avions la tremblotte! Nous avons choisi un lieu qui se prêtait à la rencontre intergénérationnelle, où adultes et ados puissent se sentir bien : le Bouche-à-oreilles, à Etterbeek. Il fallait aussi une grande souplesse

d'organisation, qui permette de bousculer le programme en fonction de l'ambiance : ce n'est pas lorsque l'humeur est à la discussion qu'il faut dire «désolé, c'est l'heure de la pause»! Par contre, quand ça se relâche et qu'il est impérieux d'aller fumer une cigarette, il faut postposer l'atelier prévu et sortir les sandwiches...

*Une souplesse comme celle-là serait intéressante aussi dans les colloques pour adultes!*

Oui! Cela s'est passé tout autrement mais aussi beaucoup mieux que prévu... Les réactions ont été très positives : les jeunes se sont montrés très désireux de poursuivre; des adultes qui étaient venus sans trop y croire, par amitié, nous ont dit en partant : «j'ai vraiment appris des choses»!... Mon souci est que le projet garde une teneur scientifique, que l'on puisse publier des Actes restituant la consistance d'une parole échangée (et non une parole sur) qui puisse fonder un discours scientifique. De la même façon que, dans un colloque traditionnel, la réflexion scientifique est fondée sur un témoignage clinique. L'enjeu est d'arriver à conceptualiser cet espace intergénérationnel qui, dans le discours par rapport à l'adolescence, a toujours été présenté du côté du jeune. Les ouvrages sur l'adolescence ne parlent que des ados, alors que l'adolescence est un processus qui convoque deux générations. Ce n'est pas un hasard, c'est lié à notre statut d'adulte et au fait que nous, les adultes, regardons l'adolescence et les ados. Alors que nous devrions parler de nous et nous regarder nous-

2. "Du sentiment d'appartenance et des ghettos", 14 mars 2001.

mêmes! Quand je travaille avec une famille en tant que psychiatre d'adolescents, je considère que c'est la famille tout entière qui est traversée par l'adolescence. Tout comme, quand je travaille avec des tout petits, je considère qu'un couple est en train de construire son nid, de passer au statut de famille.

L'adolescence : «Il s'agit d'un processus inter-générationnel qui ne concerne pas les seuls ados (les 12-18 ans), mais aussi les vieux adolescents ou jeunes adultes (citoyens majeurs) encore en adolescence, et la génération adulte concernée — parents ou professionnels.»

(A. d'Alcantara, Table ronde sur la santé mentale, Bruxelles, 14/06/01)

L'adolescence traverse toute la structure familiale. Le jeune cherche à être reconnu par la génération précédente tout en se différenciant d'elle : l'identité se construit dans le lien. Le premier temps, c'est «lâche-moi les baskets», le second, c'est «reconnais que je suis quelqu'un». S'il n'y a pas de réponse à ce second temps, «lâcher les baskets» revient à «laisser tomber». Et nous avons peu d'outils conceptuels pour permettre que ce second volet prenne sa place. Ce ne sont évidemment pas les ados qui vont faire un colloque pour nous donner leur discours sur le monde des adultes! Et cela n'aurait d'ailleurs pas de sens : les deux générations ne sont pas dans des positions réciproques, mais dans des positions tout à fait asymétriques. Une génération est parent, et l'autre sera un jour la génération suivante de parents.



# Psychiatisation du social *versus* travail communautaire

## LES ALÉAS DE LA RELATION PROFESSIONNELS-HABITANTS

*Au cours des entretiens préliminaires à la réalisation de ce numéro spécial, nous avons rencontré Charles Burquel, psychiatre au service de santé mentale Le Méridien et à l'Hôpital Saint-Jean. Il avait notamment relevé l'extension de la psychiatisation — ou psychologisation — du social. Nous lui avons demandé de développer cette notion.*

Je veux dire par là que, de plus en plus, on interpelle les psys par rapport à des problèmes de «troubles du comportement» rencontrés par les personnes. On a tendance à individualiser ces questions, en ce sens qu'on les regarde surtout sous l'angle personnel ou familial, et que l'on néglige le contexte de vie et plus particulièrement le tissu social de ces personnes. On veut que chacun soit «autonome», on recourt très peu à des notions comme l'alliance ou l'appartenance à un groupe social, une communauté. Au fond, on dit : débrouille-toi tout seul. Alors qu'il faudrait dire : débrouille-toi toi-même, c'est-à-dire en lien avec d'autres.

La notion de collectif abstrait va dans le même sens : on pense par catégories abstraites — par exemple, «les chômeurs» ou «les minimexés». En parlant en ces termes, on enferme les personnes dans un cadre, on les isole du groupe social auquel elles peuvent appartenir. Le passage d'un système d'assistance à un autre amplifie

encore ce phénomène. Le collectif abstrait est très différent du collectif concret qui existait dans les villages ou les quartiers ouvriers d'hier, avec une série de lieux et de points de rencontre (le café, telle place ou coin de rue, le local du syndicat...), et aussi une façon collective de gérer les différentes étapes de la vie.

A cela s'ajoute l'importance donnée aujourd'hui aux experts. Ce recours presque systématique à l'expert désapproprié les gens d'une série de possibilités d'acquiescer par eux-mêmes une expertise. On s'adresse aux psys — on demande le rapport du psychologue, le rapport du psychiatre... — pour pouvoir juger de tel ou tel événement, de tel ou tel comportement. C'est une sorte de démission : on «étend» le champ de compétence de la santé mentale, on aborde les questions sous un angle psy, mais selon un modèle réducteur de la psychologie qui est celui de la consultation, de l'expertise, du diagnostic.

*Quelle alternative l'approche communautaire pourrait-elle proposer par rapport à ce phénomène de psychologisation?*

Je dirais d'abord qu'il n'est pas si évident de savoir ce que l'on entend par «approche communautaire». Même au sein de l'équipe du Méridien, où nous avons beaucoup réfléchi là-dessus, ce n'est pas toujours très clair. Je reviens



du Canada, et ce que j'en ramène ne contribue pas à clarifier les choses : de manière caricaturale, disons que l'approche communautaire correspond là-bas aux mouvements associatifs de chez nous, qui se positionneraient par rapport aux structures de soins de santé mises en place par l'Etat. Nous devons distinguer les réseaux associatifs des réseaux primaires<sup>1</sup>, des supports sociaux qui entourent les personnes. Il faut aussi distinguer ces derniers des réseaux psycho-médico-sociaux, quoique cette distinction ne soit pas toujours facile : avec le nombre d'intervenants qui sont sur le terrain, certains d'entre eux deviennent support social dans certains problèmes ou pathologies, voire les seuls liens d'une famille ou d'une personne...

La place des professionnels dans les quartiers peut être diverse : ils peuvent habiter le quartier sans y travailler, ou inversement y travailler sans y habiter, ou encore y travailler et y vivre. Mais, quelle que soit leur place, ils risquent, simplement par leur vision des choses et leurs fonctions professionnelles, de désapproprier les habitants de leur propre manière de penser leur vie relationnelle ou sociale. Le lien communautaire, le support social est là, mais il est parfois difficile de savoir si une intervention extérieure ne va pas plutôt détruire ce tissu relationnel que le renforcer.

Les professionnels qui se retrouvent dans ces réseaux primaires doivent prendre conscience que les échanges y fonctionnent selon une logique

qui n'a rien à voir, non seulement avec la logique marchande, mais aussi avec le système d'échanges organisé par l'Etat, qui repose sur la solidarité et l'égalité. Les échanges communautaires relèvent plus de ce que Godbout appelle l'aide mutuelle positive : je suis en dette vis-à-vis de quelqu'un parce qu'il m'a aidé, mais cette aide est mutuelle parce qu'il sait qu'un jour je lui rendrai la pareille, et elle est positive parce que la dette ne me rend pas dépendant de l'autre, ne m'assujettit pas à lui. C'est un mode de pensée qui n'est pas basé sur l'égalité : par exemple, mon voisin m'a emmené en voiture, et peut-être que moi je l'aiderai à déménager. Ce système d'échanges est plus important qu'on ne le croit, même si les deux autres — l'aide sociale et les échanges marchands — prennent la première place.

Une approche communautaire serait donc, pour nous professionnels, de prêter attention aux termes de l'échange pour développer des actions qui renforcent les manières de se relier entre soi qui existent dans la société. Nous devons essayer de ne pas voir qu'à travers le prisme d'une psychologie individualiste, et de prendre aussi en compte les groupes d'appartenance, les origines, la filiation, l'affiliation. Nous pouvons tenter de saisir comment se vivaient les choses avant que s'imposent les collectifs abstraits dont je parlais : reste-t-il des vestiges de ce mode de relations? Comment peut-on toucher ce qui relie les gens entre eux, ce qui fait tissu social?...

1. Dans la revue *Subjectif* d'octobre 1996, Christine Vander Borghet définissait le réseau primaire comme étant "constitué d'individus qui communiquent entre eux sur base de leurs affinités personnelles hors d'un contexte institutionnalisé. Ce réseau comprend la totalité des liens d'une personne dans sa vie quotidienne."



Je vais prendre un exemple, celui de femmes espagnoles qui sont venues ici dans le contexte de l'immigration, avec ce que cela suppose souvent de grande tension entre le lieu où l'on vit et le lieu où l'on «est» — l'être restant fortement lié au pays d'origine, qui est investi d'un rêve de retour. Se retrouvant seules (divorcées ou veuves) et ne bénéficiant que d'une petite pension, elles ne pouvaient plus retourner au pays : le complément minimex n'est pas exportable. Elles étaient dépressives, sous médication, en traitement chez des psys. Un jour, s'étant réunies grâce à une religieuse qui travaillait dans le quartier, elle se sont rendu compte de leur situation commune. Elles ont décidé d'y faire face ensemble et ont créé un restaurant espagnol fort apprécié...

*Mais quel a été le catalyseur, qu'est-ce qui a permis cette dynamique?*

Souvent ce sont des personnes-relais qui jouent ce rôle. J'entends par là des gens qui sont dans le quartier ou dans la communauté depuis longtemps, qui ont beaucoup de contacts avec les habitants et qui représentent un peu des points de repère. Ce peut être l'agent de quartier! Dans ce cas il s'agissait d'une religieuse espagnole. Je pense aussi à quelqu'un comme Henri Clark, un assistant social qui est dans le quartier depuis vingt-cinq ans, et qui travaille avec les familles, dans une continuité de présence. Il réalise avec les gens de petits projets collectifs, très peu financés, qui permettent de se sentir ensemble, d'imaginer et de réaliser des choses ensemble : un potager, un Livre blanc sur leurs rapports avec la Justice, une

école pour adultes, des vacances pour les enfants...

C'est d'ailleurs avec lui que nous avons travaillé l'interaction entre les psys et des familles vivant dans la pauvreté. Nous avons pu constater que ces familles étaient constamment en liaison avec le monde psy, et trop fréquemment d'une manière négative (à l'école, lors d'un placement, suite à l'intervention du tribunal, etc.). Elles ont souvent l'impression de ne pas être entendues. Les descriptions et commentaires de certains psys concernant le comportement de ces familles sont très éloignées du vécu de celles-ci. Par exemple, j'ai vu décrire et analyser en termes psychologiques la situation d'une famille qui fermait les volets et vivait dans le noir, à la lumière des ampoules électriques ou des bougies... justement pour ne pas subir l'intrusion d'intervenants médico-psycho-sociaux! C'était typique d'une mauvaise analyse des choses.

Ces personnes nous observent, elles nous voient comme très stigmatisants, participant de l'idéologie commune à leur égard. Elles développent face à cela des comportements de défense et, pour pouvoir parler franchement avec elles, il faut du temps. Il faut aussi assurer une continuité de présence auprès d'elles en renforçant leur appartenance à un groupe social. C'est seulement à ce moment que l'on peut, comme Henri l'a fait, rencontrer individuellement certaines personnes pour démêler leur situation. Une dame qui faisait partie de ce groupe donnait une image qui m'a paru particulièrement intéressante. Dans sa tête c'était comme un plat de macaroni où tout était mélangé, et cela la faisait

souffrir. Elle a démêlé tout cela avec Henri — seul interlocuteur possible car la confiance y était. Des noeuds restaient cependant, qui ne pouvaient être travaillés qu'avec un psy. Après un «rite de passage» autour de l'argent, cela a pu se faire, toujours avec l'aide d'Henri.

La personne-relais est quelqu'un qui relie les gens à leur groupe d'appartenance : quand Henri a opéré ce démêlage, il a pu aider cette personne à «couper-relier» avec son groupe social parce qu'il travaillait cette question depuis des années avec ces familles. Mais il faudrait plus de temps pour parler de ce type d'action. La personne-relais est aussi quelqu'un qui soutient ces familles dans leurs démarches vis-à-vis des professionnels, qui les aide à se positionner par rapport à ceux-ci.

Le problème c'est que notre société tend à mettre des pys un peu partout, à ne penser qu'en termes pys les problèmes existentiels de ces personnes, qui pourraient être envisagés autrement. D'autant que la formation des pys (et souvent aussi leur appartenance sociale) les amène à ne pas s'appuyer sur les réseaux et les personnes-relais pour créer du support social. Ces nouveaux intervenants empêchent souvent les gens de se relier avec d'autres, court-circuitent les liens entre eux. C'est aussi de cette manière que l'on psychologise ou psychiatrise le social. Si, en plus, on ne parle plus qu'en termes de «déviance», de «déficit», de «diagnostic», d'«expertise», etc., on désapproprie encore davantage ces personnes de leurs propres ressources, dont elles n'ont peut-être pas clairement conscience. N'est-ce pas justement là qu'il y a un travail à faire? Malheureusement, notre

formation professionnelle nous pousse à penser autrement; nous avons désappris beaucoup de choses que pourtant nous avons peut-être rencontrées dans notre parcours personnel.

*Cela pose la question de l'interculturel ou de la différence culturelle autrement qu'on le fait d'habitude : non pas entre «autochtones» et «étrangers» mais entre soignants et soignés, ou professionnels et profanes...*

Dans le travail réalisé par les professionnels, la différence culturelle est parfois bien plus grande et plus difficilement repérable entre le soignant et le soigné, entre l'intervenant et les familles concernées, qu'entre des usagers vivant dans des cultures différentes. Je vous réfère sur ce point aux travaux de Toon Gailly.

*Dans notre précédent entretien, vous me disiez : «il y a trop d'intervenants qui font du même» et «les intervenants interviennent tout le temps!»...*

Je voulais dire qu'il était assez frappant de voir certains quartiers «couverts» par un grand nombre d'intervenants à tous les niveaux, ce qui ne peut qu'aller dans le sens de la désappropriation dont j'ai déjà parlé. En plus, les politiques sont telles que, souvent, pour des projets qui pourraient être différents, les associations sont obligées de faire toujours un peu «du même» pour obtenir des subsides. Elles doivent placer leur projet sous l'égide de la prévention des toxicomanies, ou de la violence, ou de la délinquance, ou du sida... Et, comme les intervenants sont nombreux à travailler sur des probléma-

tiques proches avec des méthodologies identiques, on n'a pas la possibilité de problématiser, on n'arrive plus à créer une dynamique collective pour résoudre les situations-problèmes. On n'aborde plus la question que sous l'angle de ce qui est apparent (ce qui fait symptôme), c'est-à-dire de la façon dont le problème est défini a priori. En analysant autrement les situations, en utilisant les ressources locales (ce qui a valeur de soins), on n'aurait sans doute pas besoin d'autant d'intervenants... mais ce ne serait peut-être pas très porteur politiquement.

On pense très peu aussi au mode d'intervention, à la façon dont on intervient dans les quartiers. Dans les relations avec les familles très défavorisées, par exemple, qui ont souvent une mauvaise expérience des intervenants professionnels et se méfient beaucoup d'eux, il s'agit d'abord de se mettre en relation avec la population concernée, comme on l'a vu avec Henri Clark. Avec le temps, les choses s'élaborent progressivement et on peut mettre en place des «projets possibles» qui permettent une prise de conscience. Mais quand on veut appliquer des programmes pré-pensés, avec en outre des intervenants qui restent peu de temps, qui changent souvent, dans un cadre de financement non structurel, on ne peut qu'amplifier les difficultés liées à de telles rencontres.

Quand on intervient dans un quartier, on est dans une temporalité différente de celle des habitants. Un centre de santé mentale doit être

présent, soutenir des questions, assurer une continuité, mais après deux, trois ans, les gens trouvent d'autres solutions. Un quartier comme celui où nous travaillons change beaucoup, les gens bougent; en dix ans la population a changé. Dans notre travail, nous devons tenir compte des différences de rythmes et soutenir les personnes qui assurent une continuité de présence. Quand je travaillais à Molenbeek, par exemple, les religieuses installées dans le quartier développaient une action très caritative que je n'appréciais pas, mais j'ai dû reconnaître qu'elles étaient les seules à avoir une longue présence continue dans le quartier et qu'elles constituaient un référent pour de nombreuses personnes. Changer de projet et de personnes tout le temps, ne pas partir de ce qui existe, est préjudiciable au changement en profondeur.

Pour moi, un modèle convaincant est celui d'Itta Gassel<sup>2</sup>. Il fait une analyse structurelle du quartier, puis il met en oeuvre ce que j'appelle une technique de «pédagogie du projet possible». On ne sait pas très bien, au démarrage, quel chemin on va emprunter, on part d'événements qui par essence ne sont pas programmés, pour mettre en relation les acteurs du quartier. C'est seulement après que l'on porte au niveau politique (en l'occurrence la Commune) les questions qui ont émergé sur la façon de gérer ce quartier. Pour terminer, on analyse les effets du processus. L'action est pensée à partir de ce que les habitants amènent. Comme intervenant, on se situe simplement à un point de convergence

2. Pour plus de détails sur cette approche, lire par exemple l'interview de Joseph Licata dans *Echos Bruxelles Laïque* n° 33, 2001 (pp. 14-18).

qui permet que des dynamiques se créent. Comme on ne dirige pas tout à partir d'un programme pré-pensé, ce qui se passe nous échappe en bonne partie. Mais c'est justement là l'intérêt de ce genre de travail!

*J'ai plusieurs fois entendu parler dans ces termes-là des gens qui avaient mené des actions communautaires en santé, notamment dans le Nord de la France...*

Oui, il existe des expériences très réussies dans le Nord, le Pas de Calais, ainsi qu'à Charleroi notamment, où il semble que cela a apporté une dynamique très importante. Ita Gassel est lui

aussi arrivé à d'excellents résultats en trois, quatre ans... Quant à moi, l'expérience la plus concrète à laquelle j'ai participé, c'était dans le monde paysan, au Pérou. Surprenant d'efficacité! Pendant les deux premières années, nous n'avons pas réalisé de projet : rien que des visites et des rencontres dans les communautés locales. Nous parlions aux gens, nous leur disions que nous n'avions rien, nous les soignons quand c'était nécessaire... Mais, après ce temps de contacts, une dynamique a vraiment explosé, qui nous a tout à fait dépassés : création de centres de santé, bibliothèque rurale, associations diverses... Les communautés s'approprièrent le projet!



# Santé mentale et justice

## UN AJUSTEMENT DIFFICILE À TROUVER

*On aura déjà lu précédemment que les rapports entre le secteur de la santé mentale et le secteur judiciaire ne vont pas de soi. Il semble que les limites se brouillent de plus en plus entre ces deux champs d'activités, notamment dans le cas des justiciables soumis à des thérapies sous contrainte. L'injonction thérapeutique pose en soi de sérieuses questions déontologiques et même pratiques. Nous avons rencontré à ce propos Sophie Nyssen, psychologue au Service d'aide aux justiciables de Bruxelles 1 (asbl Autrement).*

*Tout d'abord, d'où viennent les services d'aide aux justiciables?*

L'aide aux justiciables a d'abord essentiellement été apportée par des bénévoles, dans le cadre d'organismes caritatifs. En 1989, la professionnalisation de cette aide s'est marquée par un décret de la Communauté française, qui définissait les compétences des services et leur donnait surtout un rôle d'interface : ils devaient permettre aux détenus d'avoir un lien avec l'extérieur, de trouver à leur sortie de prison, dans le réseau psycho-médico-social, l'aide et l'information dont ils pouvaient avoir besoin. Les missions étaient au nombre de quatre : l'aide aux prévenus, aux détenus condamnés, aux détenus libérés, et aux victimes. Ces missions sont toujours les nôtres, si ce n'est que, depuis janvier

2001, nous ne sommes plus seulement subventionnés par la Communauté française (compétente pour l'aide aux détenus) mais aussi par la COCOF (pour ce qui est de l'aide aux justiciables non incarcérés, y compris les victimes). Ce qui est positif, c'est que la loi manifeste la volonté de ne pas opérer un clivage entre le travail avec les «bons justiciables» que seraient les victimes, et le travail avec les «mauvais justiciables», à savoir ceux qui ont commis des délits. Cela n'a pas pris la même tournure partout ailleurs...

*Qu'en est-il du brouillage des limites entre santé mentale et justice?*

De plus en plus souvent, dans le cadre de libérations conditionnelles ou de libérations provisoires, la Justice prescrit des suivis psychothérapeutiques. C'est depuis l'affaire Dutroux que ce phénomène a pris une ampleur particulière. Auparavant, nous pouvions nous contenter de donner des attestations aux personnes qui venaient nous consulter : cela suffisait au Ministère de la Justice. La loi de 1998 sur la libération conditionnelle a introduit de nouvelles dispositions. Quand un travailleur ou un service psycho-social accepte de prendre en charge un justiciable, la loi lui demande de remettre, au moins une fois tous les six mois, un rapport de suivi à l'assistant de Justice dont

dépend ce justiciable. Auparavant, il n'était pas question pour le travailleur psycho-social de «passer par-dessus la tête» de la personne en s'adressant à la Justice, pas plus qu'il n'était question, pour l'assistant de conditionnelle, d'intervenir dans le cadre de travail défini entre le justiciable et son thérapeute... Malgré cela, à Bruxelles, on continue de fonctionner avec des attestations.

Le milieu de la santé mentale n'a pas été suffisamment consulté; on a fait passer la loi en vitesse, sans se demander ce que cela voulait dire pour quelqu'un d'être obligé de venir voir un psy. A partir du moment où le justiciable sait qu'un rapport sera remis directement à la Justice par celui à qui il est censé se confier, la parole est beaucoup moins libre, voire plus libre du tout. Nous ne pouvons pas travailler comme cela : c'est contradictoire avec l'objectif poursuivi, avec les conditions nécessaires à la guidance ou au suivi, dont les contenus doivent rester protégés par le secret professionnel. Il y a sans cesse cette tension : on voudrait que les services d'aide aux justiciables ou les centres de santé mentale soient plus des agents de contrôle que des agents d'aide ou de soin. Cette tension n'existe pas seulement au niveau institutionnel mais, très concrètement, entre les travailleurs des SPS (les services psycho-sociaux pénitentiaires) et ceux des services extérieurs aux prisons.

Avec la loi du 5 mars 1998, le détenu doit désormais faire la preuve qu'il est réinsérable. Le texte mentionne que le condamné doit présenter un programme de reclassement «duquel apparaît sa volonté et son effort de réinsertion». User de cette formule, c'est faire croire au citoyen que le reclassement dépend de la seule volonté du détenu, c'est faire fi des obstacles que le justiciable va inévitablement rencontrer à sa sortie de prison. Je pense notamment au certificat de bonne vie et moeurs vierge, si souvent requis par l'employeur, aux réalités du marché de l'emploi, aux difficultés de trouver un logement alors que la date de libération est inconnue, aux séquelles de la détention sur la personne qui la subit : diminution des capacités de prise d'autonomie et de décision, rupture des liens sociaux et familiaux préexistants à l'incarcération, etc. La nouvelle loi tend à faire croire que «quand on veut, on peut».

La libération conditionnelle est désormais soumise aux critères suivants :

- les possibilités de reclassement du condamné;
- sa personnalité;
- son comportement pendant la détention;
- le risque de récidive;
- l'attitude du condamné à l'égard de ses victimes.

Je vous laisse le soin d'apprécier l'objectivité de ces critères.

(S. Nyssen, exposé sur la libération conditionnelle à l'A.SOC.U.D. (Accueil Social des Usagers de Drogues), inédit, février 2000.)

### *Pourquoi cette contradiction?*

On attend de nous, non seulement que nous exerçons un contrôle, mais que nous soyons une sorte de panacée contre la récidive. Ce n'est évidemment pas notre vocation... à supposer d'ailleurs que ce soit possible. Bien sûr, dans certains cas, un suivi psy peut contribuer à éviter une récidive. Mais si on impose à des gens de venir nous voir pour pouvoir sortir de prison, on nous coince! Ces justiciables sont éventuellement de bonne volonté, mais ils ne sont pas forcément demandeurs. Pour eux comme pour n'importe qui, aller voir un psy peut signifier qu'ils ne sont pas capables de gérer leur vie, ce qui est une atteinte narcissique très douloureuse. Ou, tout simplement, ils ne comprennent pas pourquoi diable ils auraient besoin d'un psy!... Bien sûr, on peut travailler avec quelqu'un sans qu'il ait le «mode d'emploi» de la psychothérapie, mais si cela n'a pas de sens pour lui et qu'il se sent contraint...

*On est donc dans une situation de tension, mais en même temps, de facto, il y a, du moins à Bruxelles, une tolérance....*

Voilà. Dans la pratique, on constate que la commission de libération conditionnelle ou les assistants de Justice ne demandent que très exceptionnellement le rapport de suivi prescrit par la loi. Tout se passe comme si on avait oublié ce chapitre de la loi pour tous ceux qui n'ont pas été condamnés pour des faits de mœurs. Car les abuseurs sexuels sont les seuls pour lesquels un

suivi spécialisé est exigé : la loi leur réserve un statut particulier, qu'il s'agisse d'ailleurs de faits commis sur des mineurs ou des majeurs. Pour les personnes dont la condamnation n'est pas liée à un abus sexuel, on n'exige pas d'expertise par le SPS ni de suivi spécialisé<sup>1</sup>. A part cela, la loi prévoit que «si la libération est soumise à la condition de suivre une guidance ou un traitement, la commission (de libération conditionnelle, NDLR) invite le condamné, au vu des expertises ainsi que, le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir une personne compétente ou un service compétent. Ce choix est soumis à l'accord de la commission». Donc la commission pourrait décider que le choix de tel thérapeute n'est pas bon — alors qu'on sait à quel point le libre choix du thérapeute est important dans la relation thérapeutique!

Plus loin, toujours à l'article 7 de la loi, on peut lire que la personne ou le service compétent «est habilité, sans que puisse lui être opposé l'article 458 du Code pénal (relatif à l'obligation du secret professionnel, NDLR), à informer la commission de l'interruption de la guidance ou du traitement ou des difficultés graves survenues dans son exécution». Mais c'est quoi, une difficulté grave?... Le langage juridique et le langage psy ne sont pas pareils. Certains protocoles d'accord prévoient que l'on rende des comptes pour une absence non justifiée. Or nous savons bien que, dans une psychothérapie, une telle absence peut signifier tout autre chose qu'une volonté ou un désir de récidive! Encore une fois,

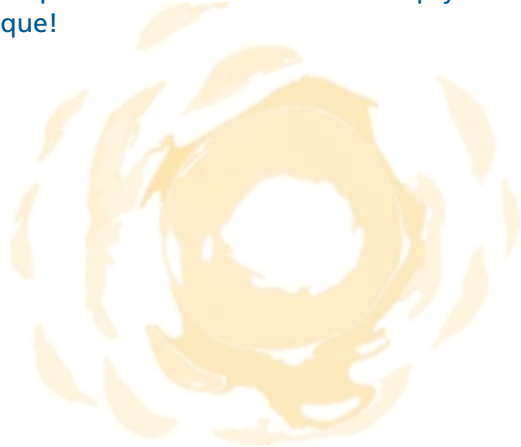
1. Voir annexe, point 7.



je ne veux pas dire qu'un travail psy soit impossible sous contrainte judiciaire, mais cela dépend de la personnalité de l'intéressé, de son consentement, et surtout de sa demande. La Justice a tendance à imposer des suivis psychothérapeutiques même quand la personne n'est pas du tout demandeuse. Et alors, tout simplement, nous ne pouvons rien faire!

*Avez-vous une latitude de négociation, même informelle, avec le pouvoir judiciaire?*

Le Ministère de la Justice, les Communautés et les Régions essaient de se mettre d'accord, mais ce n'est pas évident. Par exemple, le protocole d'accord entre le Gouvernement fédéral et la Communauté française stipule que les services d'aide aux justiciables sont compétents spécifiquement pour l'aide, et que celle-ci doit être librement consentie. Mais qu'est-ce qu'une «aide librement consentie» pour un justiciable, quand il a bien compris que, pour être libéré, il a intérêt à se trouver un suivi psy?... Nous voyons donc venir une série de personnes qui s'attendent à ce que nous les mettions sur le gril, ce qui biaise quand même le sens du travail psychothérapeutique!



A Bruxelles se sont créés une série de services bicommunautaires d'aide aux justiciables, qui n'ont pas les mêmes missions que les services monocommunautaires, tout en portant le même nom. Ces services bicommunautaires sont liés par un protocole de coopération passé entre le Ministère de la Justice et la COCOM, qui stipule ce que doit contenir le rapport de suivi :

- 1) la présence effective aux rendez-vous;
- 2) les absences non justifiées;
- 3) la cessation unilatérale de l'aide ou du traitement de la part du justiciable;
- 4) le signalement de difficultés graves dans l'exécution de la guidance.

Si les points 1 et 3 ont trait à l'existence ou non d'un suivi, les points 2 et 4 semblent beaucoup plus en rapport avec le contenu même du traitement.

Ce protocole d'accord est le seul à concerner l'ensemble des libérés conditionnels : tous les autres (impliquant le Ministère de la Justice, la COCOF, les Communautés et les Régions) ne concernent que le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ils reprennent à peu près dans les mêmes termes ce que doit contenir le rapport de suivi :

- 1) les dates et heures des rendez-vous fixés;
- 2) les absences non justifiées;
- 3) la cessation unilatérale du traitement par la personne concernée;
- 4) les situations comportant un risque sérieux pour des tiers.

(D'après S. Nyssen, op. cit.)

*Au fond, vous vous trouvez un peu coincés à cause des tensions entre les différents niveaux de pouvoir? On voit bien (et encore récemment à propos de l'Aide à la Jeunesse) que le fédéral et le communautaire ne sont pas toujours sur la même longueur d'ondes...*

C'est clair. Il serait temps que cela bouge, mais l'époque ne semble pas être aux changements positifs. Quand j'ai commencé à travailler dans ce secteur, on se demandait s'il fallait ou non remettre des attestations aux justiciables! C'est dire le chemin parcouru... Ce que l'on peut craindre, c'est que la Justice fasse la même chose que ce qu'elle envisage avec les centres fermés : ouvrir ses propres centres. On peut aussi se demander si, à terme, il ne va pas y avoir aux yeux des justiciables deux types de services : ceux où l'on va « pointer » sans dire grand-chose, puisqu'ils remettent des rapports de suivi très détaillés, et ceux auxquels on peut se confier, parce qu'ils ne transmettent à la Justice qu'un nombre très limité d'informations, voire pas d'information du tout. Ce clivage pourrait rencontrer une caractéristique de la personnalité de certains délinquants, qui ont justement tendance à « cliver »<sup>2</sup>.

A plus long terme, je crains un autre effet pervers. C'est que le citoyen qui n'a pas de problème avec la Justice mais qui rencontre des difficultés personnelles, hésite à s'en ouvrir à des intervenants psycho-médico-sociaux parce qu'ils percevraient ceux-ci davantage comme des agents de contrôle social que comme des gens qui peu-

vent l'aider et qui sont soumis au secret professionnel. Si l'article 458 du Code pénal n'est plus une balise sûre, qui osera encore dire à son psy qu'il a envie de tuer son conjoint, par exemple? Ou ses enfants, ou son employeur... Alors que ce sont des pensées très répandues! Et des pensées qu'il convient de pouvoir exprimer pour que soient évitées des catastrophes psychiques, dont certaines sont précisément à l'origine de passages à l'acte.

*D'après ce que j'ai lu et entendu, cette confusion entre les champs de la justice et de la santé a commencé bien avant l'affaire Dutroux (même si celle-ci a joué le rôle de catalyseur), avec les contrats de sécurité notamment...*

Oui, le climat sécuritaire s'est installé depuis longtemps. Je connais moins la question des contrats de sécurité, mais il est clair qu'on est entré là dans une logique de subvention de l'aide et du traitement par une instance de contrôle social et de répression, à savoir le Ministère de l'Intérieur. Je pense qu'au départ l'intention n'était pas mauvaise : on s'est dit « tous ces gens sont démunis, envoyons-leur des travailleurs psycho-sociaux ». Mais on ne s'est pas demandé quel rôle la société devrait jouer par rapport à ces jeunes sans emploi, sans avenir. On ne s'est pas interrogé sur ce que pouvait faire un jeune sortant de prison, avec un casier judiciaire et sans formation, pour trouver du travail et un logement... Dans ces conditions, le psycho-social devient l'illusoire panacée!

2. En bref, ce mécanisme consiste à diviser la réalité entre le tout bon et le tout mauvais, le gentil et le méchant, etc.

## Annexe : procédure de libération conditionnelle

1. Trois mois avant d'être admissible à la libération conditionnelle, le détenu passe devant la Conférence du personnel. Celle-ci peut refuser trois fois la libération conditionnelle mais doit réexaminer le dossier au maximum tous les six mois. Au troisième refus, le détenu peut demander à être entendu directement par la Commission de libération conditionnelle.

2. Si la Conférence du personnel donne un avis positif, elle transmet la proposition de libération au Parquet, qui dispose normalement d'un mois pour rendre son avis au Ministère de la Justice. Dans les deux mois qui suivent, le Ministère rend son avis à la Commission de libération conditionnelle.

3. Le détenu peut alors se présenter devant la Commission. Lui et son avocat ont accès au dossier quatre jours au moins avant la date de fixation. A noter que ni le détenu ni son avocat n'ont accès aux documents relatifs aux congés pénitentiaires, qui restent la propriété du seul Ministère de la Justice.

4. La Commission de libération conditionnelle est composé d'un juge, d'un assesseur en matière d'exécution des peines et d'un assesseur en matière de réinsertion sociale. L'audience devant la Commission se déroule en présence du détenu et éventuellement de son avocat, d'un membre du Parquet et des parties civiles, si elles

le souhaitent. Ces dernières ne peuvent s'opposer à la libération conditionnelle mais ont leur mot à dire à propos de certaines conditions de libération, notamment le lieu de résidence.

5. La Commission doit délibérer dans les quinze jours qui suivent l'audience. La décision est prise à la majorité simple, sauf si la peine est supérieure ou égale à dix ans ou si le condamné n'a pas encore purgé la moitié de sa peine, auxquels cas l'unanimité est requise.

6. Si la Commission refuse la libération conditionnelle, une nouvelle Conférence du personnel doit se tenir endéans les six mois pour les personnes condamnées à une peine inférieure ou égale à cinq ans, et endéans les douze mois pour celles qui ont été condamnées à des peines de cinq ans ou plus. La Conférence peut alors refuser la libération conditionnelle une fois, après quoi le détenu peut réintroduire sa demande à la Commission de libération conditionnelle.

7. Les personnes condamnées dans le cadre d'affaires de moeurs doivent en outre, avant d'obtenir un congé pénitentiaire ou une libération conditionnelle, faire l'objet d'une évaluation par un «service spécialisé», le SPS de la prison.

(D'après S. Nyssen, op. cit.)

# Pour une alternative à l'hospitalisation psychiatrique

## LES «STRUCTURES INTERMÉDIAIRES»

*Nous avons rencontré le psychiatre Philippe Hennaux dans les locaux de la communauté thérapeutique La Pièce, à Saint-Gilles. Un lieu très agréable (une ancienne marbrerie), pour autant que l'on puisse en juger de la cour intérieure, dont les murs sont couverts de lierre et creusés de niches où se logent des statuettes. Un découpage de l'espace qui fait place à la lumière...*

Je ne parlerais pas de «psycho-architecture»! Mais il est très important que l'hébergement offre un minimum de convivialité, d'occasions de rencontre, que des patients qui ont souvent de sévères antécédents psychiatriques puissent y résider sans se sentir à l'hôpital — à la fois «chez soi» et en institution. Nous essayons de trouver un équilibre : d'une part, on vit en ville et ce sont des gens comme nous ; d'autre part, ce sont des cas psychiatriques et nous sommes des professionnels. La mise au travail de cette dualité — identité et altérité — est le principe même d'une communauté thérapeutique.

*Si vous me parliez de ce type d'institution où vous travaillez, et que l'on appelle «structure intermédiaire»...*

C'est une longue histoire... Chaque société semble devoir répondre à cette nécessité de «faire quelque chose avec les fous» : soit elle les

inclut, soit elle les écarte, selon l'interprétation qu'elle donne à la folie. La naissance de la psychiatrie, c'est-à-dire le moment où le discours médical s'approprie la folie pour la transformer en «maladie mentale», est contemporaine de la Révolution française. La psychiatrie peut être interprétée comme une des formes, et même une des clés, de ce que Marcel Gauchet appelle «la sortie de la religion», dans la mesure où les notions d'âme ou d'esprit, ainsi que leurs altérations, se trouvent versées du champ religieux au champ philosophico-scientifique représenté par le discours médical. Auparavant, personne n'aurait eu l'idée que la folie relève exclusivement ou principalement de la médecine! À l'aube du XIXe siècle, l'asile au sens moderne est fondé : un lieu de résidence mais aussi de traitement qui isole les aliénés à la fois de leur entourage et des autres catégories de personnes dérangeantes, et qui les réunit entre eux.

Mais la visée thérapeutique d'origine, et donc l'hypothèse d'une sortie rapide de l'état d'aliénation et par conséquent de l'asile, se retrouve rapidement mise à mal. Les asiles vont s'enfler et se multiplier à mesure que l'isolement des malades mentaux et la protection sociale prennent le pas sur le traitement. C'est devant cet échec thérapeutique sur le plan individuel (car la société, elle, se sent traitée par la soustraction du fou de ses rangs tandis que le fou échappe

aux conséquences de ses actes) que l'asile se trouve critiqué : à l'inverse de la médecine, il ne rend pas le malade guéri à ses proches et à son tissu social; pire même, il paraît l'entretenir dans son statut de malade (c'est là que l'on trouve l'origine du terme «psychiatisation»). Le problème ainsi soulevé est pour le moins délicat : soit on déclare que les maladies mentales sont essentiellement incurables (on dirait aujourd'hui «chroniques»), soit il faut remettre sérieusement en question la notion même de maladie mentale et les formes de son traitement médical... Entre le verrouillage sur elle-même de la psychiatrie et son annulation, n'y avait-il pas d'alternative ?

La question s'est posée diversement depuis deux siècles, mais je pense que c'est en Angleterre, à partir de la deuxième guerre mondiale, qu'elle a été au mieux théorisée et concrètement abordée. On a commencé à traiter les névroses ou les psychoses de guerre hors de l'hôpital, le but étant de remettre dans le circuit militaire (mais sans nécessairement les réaffecter à des unités combattantes) les hommes marqués par des affections psychiatriques — ou apparemment telles — dues à l'expérience traumatique de la guerre. C'est la nécessité de ce retour à l'effort de guerre (métaphore de l'effort social) de l'inadapté ou du dérangent qui a donné naissance aux communautés thérapeutiques, et à leur fonction alternative à l'asile : dans tous les sens du terme, la psychiatrie, il s'agit d'en sortir. A cette époque s'élaborent les concepts et les pratiques qui sous-tendent encore notre action aujourd'hui : la sociogenèse des maladies mentales, c'est-à-dire leur production et leur déter-

mination par l'environnement social; et la sociothérapie, c'est-à-dire le traitement par la remise en situation sociale, définie par l'institution comme communautaire et groupale.

En bref : il s'agit de traiter les gens humainement, de réduire l'écart de principe avec les professionnels, de ne pas les contraindre et de les remettre au travail du lien social par des activités, des discussions, etc., dans un lieu de vie qui soit celui de tous. Pour que l'on puisse vivre dans ce lieu, l'exercice des fonctions les plus basales de l'être humain ne peut se concevoir collectivement qu'au travers de règles valables pour tous. On peut dire, schématiquement, que si la psychiatrie traditionnelle vise le rétablissement de la norme, la communauté thérapeutique veille, elle, à la réactualisation de la règle.

Ce modèle se concrétise en Belgique au début des années 60 (et notons qu'à ce moment il n'y a encore aucune utilisation massive des neuroleptiques) par la création de l'Equipe, à Anderlecht, la structure dont la Pièce est issue. Jean Vermeulen, après avoir rencontré les limites de l'exercice de la psychiatrie dans diverses institutions hospitalières, décide d'implanter la psychiatrie sociale à Bruxelles, avec deux fondations innovantes pour l'époque : la première communauté thérapeutique (le Foyer de l'Equipe, qui existe toujours) et le premier «secteur», conçu comme un lieu où psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux vont pouvoir se déplacer au domicile des patients pour assurer des soins de première ligne. L'idée de base est d'éviter l'hospitalisation et, à défaut, de la rendre la plus brève possible.

Mais, au-delà, l'idéal de l'époque est de changer la société, de changer la perception de la maladie mentale, d'agir sur les causes de son apparition. Si par exemple quelqu'un se met à délirer dans une famille, on dit couramment qu'il s'agit de prodromes schizophréniques. C'est donc bien une maladie! Probablement génétique ou alors déterminée par l'inconscient du sujet. On va hospitaliser le malade pour une mise au point et le traiter... Par contre, pour nous, il s'agira de se demander ce qui, dans cette famille, dans son environnement, voire dans l'histoire de cet environnement, déclenche ce symptôme. Voilà quelqu'un qui allait bien; pendant tout un temps personne ne s'inquiétait, et tout à coup il se passe quelque chose. Qu'est-ce que c'est? N'aurait-on pu l'empêcher? Ne s'agit-il pas d'une dynamique relationnelle particulière, sur laquelle on pourrait intervenir?...

Les structures intermédiaires sont donc nées d'une contestation de la psychiatrie de l'époque, caractérisée par l'asile, l'enfermement, l'objectivation de la maladie mentale. Ce qui est étonnant, c'est que dix ans à peine après la création de la première communauté thérapeutique et le début du travail «de secteur», Jean Vermeylen dira lors d'un colloque : sur le plan de la prise en charge des patients, un travail remarquable, quoique encore insatisfaisant, a été accompli, mais sur le plan du changement social, non seulement c'est l'échec mais les choses ont empiré ; le discours médical est de plus en plus objectivant, la société produit de plus en plus d'aliénation, et le projet de sa dépsychiatisation paraît de plus en plus difficile à atteindre.

Les structures intermédiaires devaient avoir une fonction critique, se présenter comme une alternative à la psychiatrie asilaire et, à terme, la remplacer. Mais, très rapidement, elles ont dû faire des compromis : on ne pouvait pas attaquer les hôpitaux psychiatriques de front et se contenter de critiquer, il fallait tenir compte de ce qui se passait dans les asiles, qui eux aussi avaient leur légitimation, et qui eux aussi connaissaient des bouleversements conceptuels. Donc, pour continuer à exister, ces structures ont dû renoncer à être une pure alternative et se concevoir plutôt comme complémentaires. On pouvait voir cette complémentarité de deux façons : soit les hôpitaux s'occupaient des cas les plus graves et les structures intermédiaires des cas moins graves ; soit ces dernières prenaient en charge les cas chroniques, en post-cure ou en post-crise, après que la phase aiguë avait été traitée à l'hôpital. C'est la deuxième option qui a été retenue, permettant un financement par l'INAMI au titre de la «rééducation fonctionnelle psychosociale».

Malgré cela, il est clair pour moi que, dans l'esprit, nous restons alternatifs, que nous continuons à défendre un mode de travail, de prise en charge et de compréhension des pathologies mentales qui est vraiment original, qui garde son idéologie de base et reste critique vis-à-vis des méthodes hospitalières... Et aussi vis-à-vis du phénomène qui est apparu dans les années 50, à savoir les psychotropes, neuroleptiques et antidépresseurs. Ce phénomène a modifié complètement la pratique et le discours psychiatriques, et a changé toute la donne concernant le diagnostic et le traitement des patients ; il a ren-

forcé la médicalisation de la folie, son traitement par la chimie et l'hypothèse biologique de ses causes. Ce à quoi nous restons opposés, alors même qu'on entend dire depuis longtemps que les neuroleptiques «favorisent» une psychothérapie, que les antidépresseurs sont utilisables en même temps qu'une psychothérapie, etc. On se trouve actuellement dans un modèle «bio-psycho-social» mou, où personne n'a tort, où tout est efficace et complémentaire, et où plus personne ne s'identifie clairement par rapport au discours qu'il tient en psychiatrie.

*Les structures intermédiaires sont-elles typiquement bruxelloises ?*

Non, elles sont nées à Bruxelles parce qu'elles y ont trouvé un soutien politique du côté des socialistes et des libéraux «à l'ancienne», c'est-à-dire les tenants de l'aide aux démunis, version laïque (par opposition aux asiles, qui étaient — et c'est encore vrai aujourd'hui en Flandre — surtout tenus par des religieux). Il fallait trouver une commune qui puisse abriter politiquement et structurellement ce genre de discours : ce fut la commune d'Anderlecht, dont le Bourgmestre et le Conseil communal ont soutenu idéologiquement et financièrement le projet... Ce mouvement de contestation du courant psychiatrique dominant est plutôt typique des grandes villes, comme on l'a vu dans d'autres pays : c'est toujours dans une métropole qu'est apparu ce genre de projet, qu'il s'agisse de New York, de Londres, de Moscou, de Rome ou de Paris.

*Diriez-vous que, grâce à cette contestation, quelque chose a bougé du côté du courant psychiatrique dominant ?*

Seulement dans la mesure où, comme beaucoup de disciplines, la psychiatrie se défend de toute attaque en finissant par inclure la contestation dans son propre discours. Comme je vous l'ai dit, ce qui domine est une idéologie «bio-psycho-sociale», où tant le prescripteur de médicaments que le psychanalyste, le psychothérapeute, la structure intermédiaire, etc., peuvent trouver leur place. Tous les hôpitaux de Belgique vous diront qu'ils «prennent aussi en charge la dimension psychologique (ou sociale)». Mais quand vous êtes psychiatre et que vous vous trouvez devant quelqu'un qui vous explique qu'il «fait une dépression», même si vous défendez un modèle bio-psycho-social, comme il est clair que vous ne pouvez pas changer la société, comme la formation médicale ne comprend pas d'enseignement en psychologie ou en psychanalyse, comme le médicament semble la voie la plus «efficace» et surtout la plus rapide pour traiter quelqu'un — votre premier réflexe est quand même de vous fier plutôt à l'hypothèse biologique et de vous en remettre à une prescription!... Le discours est bio-psycho-social, mais la pratique psychiatrique se résume le plus souvent à la primauté du biologique.

En ce sens, la psychiatrie ressemble à la pensée unique : même les tenants de la mondialisation disent aux contestataires «vous n'avez pas tort» et tentent de les inclure. Ou alors ils les disqualifient s'ils sont trop radicaux. Un psychiatre qui conteste le modèle bio-psycho-social s'entend



répondre : «tu ne peux quand même pas nier que l'être humain est fait de neurones, que nous avons un cerveau et que la biologie est quelque chose d'important». Bien entendu que je ne le nie pas! Mais en quoi est-ce explicatif de ce que je rencontre dans mon métier? À cette question, on ne me donne pas de réponse... Il est aujourd'hui très difficile de faire entendre une critique du modèle dominant à la fois incisive et consistante, solide. Parce que c'est un modèle de consensus, où tout se confond, où en principe aucun discours ne peut primer sur l'autre. Dans le DSM IV ou le DSM III R<sup>1</sup>, les auteurs disent explicitement qu'ils se méfient de toute pensée radicale! Pour participer de la psychiatrie moderne, il faudrait donc dire qu'on est tous de chouettes copains et qu'on est tous d'accord malgré quelques divergences. Qu'un être humain, c'est très compliqué, que tout est multifactoriel, et que par conséquent la psychiatrie est un domaine d'experts, qui tiennent sagement compte de tous les aspects du problème... En pratique, il n'en est rien, évidemment, parce que ce que nous ignorons est bien plus vaste que ce dont nous sommes sûrs!

La dépression, la schizophrénie, la toxicomanie, ne doivent pas être considérées comme des entités objectives mais comme des concepts, des hypothèses que l'on formule faute de mieux et par rapport auxquelles il faudrait être un peu plus prudent qu'on ne l'est. Au lieu de dire «la dépression est une maladie», on devrait dire «ce que nous appelons la dépression peut éventuellement être considéré comme une maladie». Au

lieu de parler du «traitement de la schizophrénie», on pourrait parler de «ceux que, par défaut, nous appelons schizophrènes et que nous ne savons pas traiter autrement que nous le faisons actuellement». On manque d'une prudence discursive élémentaire par rapport aux objets dont on parle, et ce n'est pas sans conséquence directe pour les patients, qui eux ne sont pas des objets. Cela empêche de concevoir la dépression ou la schizophrénie comme des phénomènes avant tout relationnels, relatifs à un certain environnement et à l'histoire d'un sujet. De s'intéresser à ce qui arrive à ce sujet comme étant l'effet de causes que nous ne pouvons pas appréhender directement mais que nous pouvons tout de même entrevoir.

Le modèle des structures intermédiaires, au fond, est de concevoir les pathologies mentales comme des entités réactives et relationnelles. Nous travaillons avec des sujets qui ne peuvent pas vivre une relation avec autrui qui ne soit persécutante, destructrice ou mortifère. Ce modèle nous amène donc à vivre avec eux, à nous mettre en relation avec eux, c'est-à-dire, inévitablement, à diriger sur nous la persécution, la destructivité et la mortification, et à tenter d'y trouver une issue, pour dire au plus simple, qui soit vivable. Il paraît presque surréaliste, de nos jours, de dire que l'on peut traiter efficacement des personnes qualifiées de schizophrènes par une méthode dans laquelle le traitement médicamenteux n'est considéré que comme symptomatique et transitoire, et surtout librement consenti, mais c'est pourtant notre expérience quoti-

1. Manuels nord-américains qui codifient les diagnostics sous forme de "troubles mentaux"

dienne. Ce type de transfert n'est pour ainsi dire travaillable qu'en institution communautaire, parce qu'il est souvent insoutenable et risqué en pratique individuelle, et généralement impensable en pratique hospitalière, pour une série hétéroclite de raisons que je ne peux développer ici.

Pour nous guider, pour calculer nos interventions, nous nous fondons, comme je l'ai dit tout à l'heure, sur deux éléments essentiels : la vie communautaire (ce que nous appelons entre nous la sociothérapie, c'est-à-dire le développement de la capacité de vivre en communauté) et le fait de borner cette vie communautaire par des règles. Ce sont des règles qui ont le grand mérite de relever non d'une psychologie sophistiquée, mais du pur bon sens : on n'insulte pas, on ne frappe pas, on ne fait pas entrer de produits illicites, on fait la vaisselle, on nettoie, on se lave, on respecte son voisin...

Nos structures demandent à nos patients — et à nous-mêmes — de remettre en jeu les fondements du lien social : qu'est-ce qui fait qu'on peut vivre ensemble ? Qu'est-ce qui fait que l'on peut partager, temporairement ou pour une période assez longue, un lieu, un espace, voire un idéal commun ? Qu'est-ce qu'une règle et à quoi sert-elle ? Que vais-je perdre si j'accepte d'entrer dans le jeu social ? Que vais-je y gagner ? Ce genre de questions, inlassablement répétées, nous engagent à une pratique de palabres, de négociations, de réduction des tensions extrêmes qui peuvent surgir à l'occasion d'une vaisselle ou de l'heure de rentrée le soir. Et parfois aussi c'est le constat d'échec, quand quelqu'un n'entend pas ce que nous demandons ou

que nous ne trouvons pas les moyens de nous faire entendre, et qu'il faut se séparer — momentanément pour autant qu'il comprenne par la suite ce que nous lui demandons.

Pour moi, la psychiatrie c'est un travail social, c'est en soi de la resocialisation. Si la folie a un sens dans le monde médical, c'est celui-ci : en tant que médecin j'ai quelque chose à faire avec la souffrance d'un être humain — celle qu'il inflige à lui-même et à d'autres parce qu'il a un certain type de comportement, et que je trouve justifié de considérer, temporairement, comme une maladie (individuelle, relationnelle ou sociale) dans la mesure où j'ai à intervenir en tant qu'être humain moi aussi.

*Par quels chemins vos patients arrivent-ils ici ?*

Les sujets qui entrent ici sont réputés à la fois toxicomanes et psychotiques. Ils arrivent chez nous principalement via les services pour toxicomanes et les services psychiatriques pour malades chroniques... On a constaté depuis pas mal de temps que beaucoup de patients psychiatriques choisissent des produits illégaux plutôt que ceux des psychiatres. Ce qui dérange tout le monde : on voudrait bien qu'ils passent au « bon choix », mais rien à faire, dès qu'ils se retrouvent en liberté, ils refont leur « mauvais choix ». Ce sont des gens qui suscitent pas mal de désespoir chez leurs proches comme chez les soignants : soit ils sont agités, ils délirent, ils se comportent de façon agressive ; soit ils se calment en recourant à des produits illégaux, et ils dérangent autrement. Quand les structures pour toxicomanes les acceptent, ils déclenchent des

troubles psychiatriques : la psychose peut en effet apparaître à l'occasion d'un sevrage forcé ou volontaire. Quand ils sont traités en psychiatrie, ils introduisent des produits illégaux dans les services et se font exclure. On retrouvait donc ces gens-là à la rue ou enfermés pour de très longues périodes. Nous nous sommes dit qu'il fallait tenter quelque chose avec eux, pour qu'ils échappent à la mort, tout simplement, avec une autre perspective que l'hébergement à vie en prison, à l'hôpital psychiatrique ou dans un établissement de défense sociale.

Quelqu'un a un jour appelé nos patients « le fond du panier » — à notre grand dam —, mais il est vrai qu'ils viennent ici par défaut et par échec de tout autre mode de prise en charge. C'est vraiment un challenge que de leur insuffler l'idée qu'une vie communautaire est possible, que leur destin n'est pas d'être enfermé, qu'il peut y avoir une porte ouverte, qu'ils peuvent jouir de leur liberté fondamentale en tant que sujets de droit... et cependant qu'ils doivent pouvoir s'obliger à respecter certaines règles de vie sociale. C'est donc un pari, que nous avons dû imposer au départ, mais après trois, quatre années de fonctionnement il semble que les patients commencent à avoir une culture propre à ce lieu de vie ; les plus anciens transmettent la culture communautaire aux nouveaux arrivants. Nous avons maintenant affaire à de moins en moins de cas aigus, les problèmes sont de plus en plus gérés d'abord au sein du groupe des pensionnaires.

Mais beaucoup de ces patients sortent, comme je l'ai dit, de prison ou de défense sociale, viennent

d'un long internement psychiatrique, ou ont vécu dans des conditions de vie très précaires. Dans chacun de ces endroits les lois sont différentes de celles que nous connaissons ; ce sont des micro-cultures où les gens se sentent déresponsabilisés, agressés, mis en danger de multiples façons, ce qui les conduit à prendre une position de méfiance, à mettre en place des systèmes particuliers de défense. Il est difficile pour eux de les abandonner pour une culture de confiance, de solidarité et d'entraide. En fait, nous sommes nous-mêmes irréalistes de leur demander d'intégrer des valeurs qu'ils n'ont plus pratiquées depuis longtemps ou qu'on ne leur a jamais apprises, et dont on n'est même pas sûr qu'elles existent encore pour ceux qui n'ont jamais mis les pieds en psychiatrie ! Certains les réfutent donc, et ne restent pas longtemps ici. Mais d'autres y entendent quelque chose, les acceptent, et finissent par les appliquer.

Nous sommes souvent étonnés de la facilité avec laquelle beaucoup de patients adhèrent finalement à ces règles, et sont capables de les emporter avec eux après nous avoir quittés. Bien sûr, nous ne sommes pas dupes : ce ne sont que des valeurs, des idéaux auxquels nous tenons, et rien ne les justifie plus que d'autres ! Mais ce sont nos idéaux et, tout illusoire qu'ils puissent paraître aux yeux de certains, nous essayons de les réaliser. Je dirais que, même si tout pouvait être dénoncé comme faux-semblant, certains faux-semblants seraient préférables à d'autres. Que respecter les autres, se respecter soi-même, respecter des règles et des valeurs, c'est plus vivable que « chacun pour soi », « tout tout de suite » ou « la meilleure part au plus méritant »...

# Santé mentale et travail social

## LE POINT DE VUE DES SERVICES SOCIAUX

*Puisque, dans ce numéro spécial, nous tentons d'éclairer quelque peu le rapport entre la santé mentale et le social, il nous a semblé indispensable de connaître le point de vue des services sociaux — ou plutôt des centres d'action sociale globale (CASG), puisque telle est, depuis 1998, la nouvelle dénomination des centres de service social monocommunautaires à Bruxelles.*

*Nous avons d'abord rencontré Caroline Vandermeersch, directrice du Centre de service social de Bruxelles Sud-Est et coordinatrice de l'Inter-Centres (coordination des neuf CASG agréés), et Myra Sandor, assistante sociale au Service social juif. De cet entretien informel, nous avons notamment relevé que, si les centres de santé mentale étaient de plus en plus confrontés aux problèmes sociaux de leurs patients, les services sociaux, de leur côté, recevaient souvent des personnes souffrant de troubles mentaux.*

*Nous avons donc demandé un second entretien — avec magnétophone. L'Inter-Centres a cette fois délégué Myra Sandor et Corinne Huygens, coordinatrice du CASG Wolu-Services.*

*Vous m'avez dit que souvent, dans vos centres, des gens arrivaient avec des problèmes de santé mentale parfois très lourds. Ce qui n'est pas facile à gérer dans un service de première ligne...*

M. S. : Au Service social juif, nous n'avons pas toujours géré cela de la même manière. Comme j'y travaille depuis vingt-trois ans, je peux témoigner de l'évolution des choses. Au départ, sauf si une demande de thérapie était formulée — ce qui arrivait rarement —, nous avions tendance à assurer le suivi au sein du service social, conformément à la culture de l'institution, qui repose sur un principe de non-rejet. Il faut dire que nous nous donnions moins d'espace de réflexion qu'aujourd'hui... Nous nous retrouvions donc parfois face à des personnes souffrant de délire chronique, de schizophrénie, de paranoïa. Notre travail consistait notamment à faire le lien avec les institutions (hôpital, centre de jour...) et les autres lieux qu'elles fréquentaient (pharmacie, épicerie...). C'était vraiment un travail de réseau. Mais ce suivi était extrêmement lourd : ces personnes ont de réelles difficultés à respecter les rendez-vous et arrivent au centre en fonction de leurs propres besoins, et parfois en situation de crise. Un suivi en continu, par un même assistant social, était très difficile à organiser. On se retrouvait parfois dans des situations extrêmes, avec quelqu'un qui «squattait» les lieux ou qui harcelait la téléphoniste, et ça finissait chez le directeur. Les problèmes institutionnels sont très vite arrivés au premier plan!

L'évolution a été facilitée parce que nous avons la chance de travailler, au sein de la même ASBL,

avec un centre médico-psychologique. Nous nous sommes repositionnés en tant que travailleurs sociaux et nous avons reconnu nos limites professionnelles, bien que nous ayons suivi des formations continuées «psy» pour améliorer la qualité du travail social individuel. Nous avons interpellé les psychologues en leur disant que nous ne pouvions plus recevoir des gens complètement en crise. Nous avons cependant continué à prendre en charge les «anciens», parce qu'il n'aurait pas été acceptable de passer la main après des années de suivi en alléguant une raison purement organisationnelle. Mais, en dehors de ces cas, il était nécessaire de bien distinguer les rôles des travailleurs sociaux, des psychologues et des assistants sociaux psychiatriques.

Actuellement, quand quelqu'un présente une pathologie mentale évidente, nous l'aiguillons vers un service de santé mentale. Cela peut se faire de différentes manières : progressivement — trois ou quatre entretiens pour sensibiliser la personne, que nous accompagnons ensuite, si elle le souhaite, à son premier rendez-vous — ou très rapidement, pour éviter qu'elle «accroche» trop bien avec nous et qu'il soit d'autant plus difficile de passer la main.

C. H. : A Wolu-Services, notre histoire est différente parce que plusieurs membres de l'équipe ont longtemps travaillé de manière très étroite avec le secteur de la santé mentale. Depuis deux ans, des conventions de collaboration ont formalisé des partenariats avec une série de services, ce qui a permis de préciser qui faisait quoi. Quand une personne présente une pathologie

qui nous dépasse, que nous sentons que l'écoute empathique ne suffira pas pour l'aider, nous réorientons le plus rapidement possible vers un centre de santé mentale, soit en accompagnant la personne, soit en demandant à un travailleur de la santé mentale de venir chez nous. Le lien entre services n'est pas toujours facile à établir, mais cela commence à bouger.

Par ailleurs, certaines personnes refusent d'aller dans un centre de santé mentale. L'étiquette «santé mentale» ou le mot «psychologue» provoquent un blocage chez elles. La question est alors : que faisons-nous?... Il leur est clairement dit que nous ne pouvons pas les prendre en thérapie, n'étant pas psychologues. Dans quelques cas, notre équipe est soutenue par un centre de santé mentale, dans le cadre d'un partenariat. Quand la personne accepte de s'adresser à un thérapeute, nous précisons ce que nous allons prendre en charge au niveau du travail social lui-même : mise en ordre sur le plan administratif, recherche de logement, d'activités, etc. La question des visites à domicile par un psychologue est également posée. Certains centres avec lesquels nous travaillons le pratiquent, mais ce n'est pas général. Il est vrai que passer au domicile des gens, c'est une autre manière de travailler.

Une collaboration avec les travailleurs de la santé mentale peut aussi intervenir dans le cadre d'actions collectives ou communautaires visant à restaurer des liens sociaux; en tout cas, à Woluwé-Saint-Lambert, on constate un intérêt manifeste par rapport à cela. Par exemple, nous mettons en place des activités de groupe

qui permettent de se rencontrer, de nouer des contacts, et des centres de santé mentale orientent vers nous des patients qui souffrent d'isolement social ou d'un sentiment de solitude.

*Vous avez parlé d'activités collectives, de travail communautaire ou sur le tissu social de la personne...*

M. S. : Nous avons peu d'expérience du travail communautaire. C'est d'ailleurs quelque chose qui bouscule très fort la culture de notre institution! Par contre, nous avons fait beaucoup de travail de réseau, notamment pour éviter ou retarder l'hospitalisation. Je pense par exemple à une personne qui devait prendre des médicaments trois fois par jour mais ne pouvait pas les prendre seule : nous avons mis au point tout un système pour qu'elle vienne trois fois par jour à la pharmacie, et elle a pu rester beaucoup plus longtemps chez elle. Pour moi ce n'est pas vraiment du travail communautaire, mais un travail de réseau, de partenariat avec l'aide ménagère, le kiné, les voisins, l'épicière, etc., qui permet le maintien de la personne en dehors des grosses structures hospitalières.

C. H. : Encore une fois, chez nous c'est un peu différent. A côté de ce travail de réseau, nous travaillons sur le plan communautaire dans le grand quartier de logement social où nous sommes implantés : de nombreux habitants souffrent d'un manque de relations sociales. Nous essayons d'implanter dans le quartier un projet intergénérationnel, une fête de quartier, un espace-rencontre, une école de devoirs...

Certaines de ces personnes sont fragiles mais, avec un soutien, elles peuvent arriver à s'investir comme acteurs d'un projet : les uns participent à l'école de devoirs, par exemple; d'autres, à l'occasion d'une fête de carnaval, viennent aider à faire des costumes pour les enfants... Ces activités avec d'autres personnes, même limitées dans le temps, les revalorisent et les aident à reprendre confiance en eux-mêmes.

Autre exemple : à l'espace-rencontre, nous participons notamment au projet «Article 27 - Accès à la culture pour tous», qui propose des billets de spectacle à prix réduit pour les personnes qui reçoivent le minimex ou ont un très faible revenu. Comme nous distribuons des billets, nous avons vite compris que ces personnes isolées ne voulaient pas aller seules au spectacle. Grâce au partenariat avec l'asbl Article 27, le vendredi après-midi une comédienne vient présenter une série de spectacles, et les gens choisissent ce qu'ils vont aller voir. Après le spectacle, ils rencontrent les comédiens, ou vont boire un verre ensemble... Cela retisse des liens. De même, nous nous sommes rendu compte que plusieurs bénévoles, qui avaient rejoint l'école de devoirs parce qu'ils se sentaient déprimés, se rencontreraient en dehors du projet pour de nouvelles activités. L'idée est donc simplement de créer des lieux où les gens peuvent retisser des liens sociaux, à travers des activités, des projets. Cela ne résout évidemment pas tout, mais on voit bien que certains vont mieux, que cela apporte quelque chose dans leur vie.

M. S. : Il n'y a pas que la thérapie qui apporte une réponse aux problèmes psychologiques!



Tous les liens dans lesquels les gens peuvent s'inscrire sont thérapeutiques...

C. H. : Il y a certes tout un travail à faire au niveau de la parole, du langage, mais il faut aussi tenir compte du contexte social, politique et économique, et structurer ou reconstruire les choses au quotidien. Or, quand on s'engage dans un groupe, il y a un agenda, on doit venir aux réunions, prendre ses responsabilités, etc. Des personnes qui n'y croyaient plus se rendent compte qu'en fait elles y arrivent très bien!... Et puis Bruxelles est une grande ville où beaucoup de gens vivent très seuls ; la solitude, la pauvreté, l'isolement font capoter les plus fragiles. Je crois que les activités collectives ou communautaires (les deux ne sont pas toujours faciles à distinguer) peuvent avoir un effet préventif en santé mentale : si quelqu'un qui ne va pas bien peut s'investir dans un projet, cela lui permet de retrouver des liens sociaux, de reprendre l'initiative, d'exercer son savoir-faire, ce qui lui évite peut-être de basculer dans quelque chose de plus grave. A ce titre, on pourrait dire que ces activités ont aussi un rôle thérapeutique.

M. S. : Nous avons un groupe de ce genre, très spécifique, qui se réunit le jeudi soir : des personnes qui ont essayé de s'intégrer dans d'autres groupes de la communauté juive mais qui ne s'y

sentaient pas à l'aise. On organise simplement des conférences, ou des repas, et chaque fois il y a entre 15 et 20 personnes. Pour moi, ce genre d'activités est vraiment complémentaire à la psychothérapie — pour autant que les gens en entreprennent une et qu'ils s'accrochent... Et puis, une thérapie, ça ne convient pas à tout le monde!

C. H. : Beaucoup de personnes isolées ont simplement besoin d'un référent, de quelqu'un à qui elles peuvent venir dire que les papiers sont bien arrivés, par exemple. Elles n'ont parfois personne d'autre avec qui partager les petits événements de la vie de tous les jours... Quand vous et moi avons un problème au boulot, nous sommes contents, en rentrant à la maison, de pouvoir en parler à quelqu'un : eh bien, eux ils n'ont personne! Il arrive assez souvent que des gens passent au centre, sans raison particulière, juste pour parler avec quelqu'un pendant quelques minutes. Je crois même que cela suffit à certaines personnes d'avoir cette porte ouverte. Si elles vivent dans le quartier, elles finissent par connaître toute l'équipe, et elles s'adressent tantôt à l'un, tantôt à l'autre, même si nous essayons qu'il y ait un référent pour chacun. Nous avons choisi de prendre le temps de parler avec les gens, même si ce n'est pas toujours facile à gérer.



# Insertion socio-professionnelle et santé mentale

*Véronique Ghesquière est coordinatrice de la Fondation Travail et Santé, et Etienne Leclercq, coordinateur du Centre de Réadaptation sociale et d'Intégration au Travail (CRIT) de l'asbl L'Equipe. Tous deux sont personnes-ressources du groupe de travail Santé mentale et insertion à la LBFSM, et c'est à ce titre que nous les avons rencontrés. Nous avons en effet relevé une phrase en particulier dans le rapport de ce groupe : «Plusieurs réflexions ont été menées sur ce qui nous apparaît comme provoquant une dégradation de la santé mentale de la population bruxelloise : beaucoup de souffrance liée au monde du travail, au manque de travail, à la détresse sociale.»*

*On parle d'insertion socio-professionnelle. En fait, de quoi parle-t-on... et surtout de qui?*

V. G. : A la Fondation Travail et Santé, nous nous occupons de la réadaptation sociale et professionnelle de personnes qui ont des problèmes de santé, au sens large du terme. Nous recevons des personnes en provenance de divers milieux (sociaux, thérapeutiques) et de nombreux demandeurs d'emploi envoyés par l'ORBEM, parmi lesquels 40% environ présentent des troubles mentaux. Des troubles parfois très graves, liés à un parcours psychiatrique, mais souvent passagers et plutôt liés aux circonstances de leur vie professionnelle ou de leur vie de chômeur. C'est donc un public très diversifié.

Nous faisons avec eux tout un travail d'évaluation, de réadaptation et de mise à l'emploi, avec une approche particulière qui consiste à recourir aux délégations syndicales pour négocier une insertion professionnelle durable de ces personnes.

E. L. : L'objectif du CRIT est la réinsertion sociale et professionnelle des personnes qui ont des problèmes de santé mentale importants, pour lesquels un suivi ambulatoire ne suffit pas. Il faut réaliser avec eux tout un travail de remobilisation, refaire le point sur ce qu'ils ont appris, sur leurs expériences professionnelles. Mais la plupart ont en fait peu d'expérience du travail, ce qui rend le projet d'insertion très spécifique. Ils ont déjà été hospitalisés, ou bien ils présentent suffisamment de difficultés dans la vie quotidienne pour avoir été pris en charge par un centre de santé mentale ou un psychiatre privé.

*En quoi consiste le suivi que vous leur proposez?*

E. L. : Essentiellement, nous tentons d'arriver à ce que les personnes reprennent leur vie en main. Ils ont souvent eu un parcours chaotique, soutenus par ci, pris en charge par là; certains ont des difficultés de l'ordre de la psychose : ils ne sont pas dans la réalité, les choses ne leur appartiennent pas. Il y a tout un travail à faire pour qu'ils se recentrent sur eux-mêmes, qu'ils retrouvent un sens qu'ils puissent donner à leur

vie... Or il faut bien se dire que, pour la majorité, un des critères du mieux-être est le fait d'avoir un travail : «si je travaille, les problèmes seront finis». C'est largement illusoire, d'abord parce que, particulièrement dans le contexte actuel, le marché de l'emploi n'est pas très ouvert aux personnes qui ont eu des problèmes de santé mentale. Au CRIT, il y a dix ans, nous arrivions en moyenne à mettre chaque année au travail 10 personnes sur 30, maintenant ce n'est plus que 5 ou 6.

Par ailleurs, les difficultés que rencontrent ces personnes se manifestent surtout en termes relationnels, beaucoup plus qu'en termes de qualifications ou d'aptitudes au travail. Je suis de ceux qui pensent que le travail n'est pas toujours le facteur d'insertion le plus important : souvent ces personnes manquent de liens sociaux, elles ont une image d'elles-mêmes très négative — ou «trop positive», en ce sens qu'elles surestiment leurs capacités. Il leur est difficile de trouver dans les relations sociales en général, et donc aussi dans les relations professionnelles, un nécessaire équilibre.

*Quelle est votre expérience à la Fondation Travail et Santé?*

V. G. : Il faut d'abord faire le point sur l'aptitude au travail des personnes qui viennent nous trouver, mais surtout les accompagner dans leur projet d'insertion professionnelle — qui n'est pas toujours très réaliste par rapport à leur état de santé. Et, comme Etienne l'a dit, ils s'imaginent souvent que, s'ils trouvent un emploi, tout ira mieux... ce qui n'est que partiellement vrai! Par

ailleurs, ils ont souvent des craintes par rapport à ce qu'on va attendre d'eux au travail, et aussi au niveau relationnel. Nous pouvons les préparer à affronter cela. Nous travaillons bien sûr en collaboration avec le psychologue, le psychothérapeute ou le psychiatre qui les suit par ailleurs, pour que la thérapie prenne en considération ces aspects-là, ou pour qu'à un moment critique une éventuelle médication puisse être adaptée.

Mais, parallèlement à tout ce travail de guidance et de préparation à l'emploi, il y a le dur travail de sensibilisation des milieux professionnels! Je parle des délégués syndicaux mais surtout des employeurs. Et il est clair qu'avec ceux-ci la situation ne s'arrange pas du tout... D'abord parce que, depuis dix ou quinze ans, le niveau d'exigence des entreprises a fortement augmenté, d'autant plus que le nombre de demandeurs d'emploi est élevé et que les entreprises ont le choix. Ensuite parce que l'ambiance dans le milieu du travail s'est dégradée : les relations professionnelles se sont durcies, les conditions de travail se sont détériorées et l'emploi lui-même est précaire. Quand on a eu des problèmes de santé mentale, que l'on n'est pas sûr de soi, et qu'avec un contrat d'à peine six mois en poche on se dit que, peut-être, si tout va bien, on décrochera un autre contrat, cela provoque du stress, de l'angoisse. Ce manque de sécurité par rapport à l'avenir n'est bon pour personne, mais encore moins pour les gens dont la santé mentale est fragile.

Nous avons longuement parlé de tout cela dans le groupe de travail, et aussi du problème de la formation. Le rejet des gens qui ont des troubles

mentaux ne se situe pas seulement au niveau des entreprises, on le trouve dans presque toutes les structures ordinaires de formation et d'insertion. Quand ces gens font une demande de formation, par exemple, il y a toujours des réticences : «il va perturber la dynamique du groupe», etc. Il faut reconnaître que ces craintes correspondent à une certaine réalité, au travail comme en formation : quelqu'un qui a de gros troubles mentaux peut être plus souvent absent, rencontrer des difficultés au niveau professionnel et avoir un rendement incertain. Mais, en formation comme en entreprise, on peut organiser un accompagnement pour que ce soit moins lourd à porter pour l'encadrement. Nous avons donc rencontré les gens de l'ORBEm, ceux de Bruxelles Formation, et les choses avancent peu à peu. Lentement. Parce qu'il subsiste toujours cette peur de la différence, toutes ces craintes à propos de la maladie mentale, avec l'image du fou qui délire et qui peut être dangereux, comme dans *Hannibal* ou *Psychose*. L'image sociale des troubles mentaux reste très caricaturale.

*Qu'est-ce qui pousse un employeur à engager une personne qui a des problèmes de santé mentale?*

V. G. : Souvent il ignore tout simplement le problème — car les gens le cachent, évidemment, ils ne sont pas fous! Le problème apparaît par la suite, mais ça marche au moins à l'engagement... Et puis, on négocie avec l'employeur, on joue sur le rapport de force, on le sensibilise à la question. On parle de force de travail, d'aptitudes, de savoir-faire, pas de maladie. En fait, via les délégations syndicales, nous faisons appel

à la solidarité des travailleurs, non aux oeuvres sociales de l'employeur.

*Il y a un mélange de craintes «réelles», reposant sur des difficultés objectives, et d'images a priori sur la maladie mentale?*

E. L. : Certainement. Et côtoyer des personnes qui vont mal réveille des craintes à propos de soi-même. Parce que nous négocions tous avec notre santé mentale tous les jours! Cela joue donc aussi, même si ce n'est pas toujours conscient, tant chez les employeurs que chez les collègues... Mais je voudrais revenir sur l'accompagnement : il n'existe pas de parcours préprogrammé, il faut chaque fois construire un chemin avec la personne, pas à pas. On essaie ceci, on évalue, on essaie autre chose, on recommence... C'est vraiment une démarche d'accompagnement au sens plein : être avec, être à côté. Il n'y a pas de méthode-type, même si certaines étapes sont évidentes : refaire le point, dégager des objectifs, confronter les objectifs aux capacités de la personne — mais c'est un peu la même chose pour n'importe quelle recherche d'emploi! Je ne dirais pas qu'on «bricole», mais il faut être très créatif, imaginer des situations, des solutions. On n'a jamais de certitude, on essaie de construire avec la personne, dans la durée, quelque chose qui reste relativement précaire.

V. G. : Pour ma part, je voudrais revenir sur la valeur accordée au travail. Très souvent, le milieu professionnel est vu par les personnes en difficulté comme un lieu presque thérapeutique, où les gens doivent être sympas, doivent comprendre, où on peut étaler ses problèmes. Or si,

au cours de la guidance, auprès de leur famille ou chez leur thérapeute, ils peuvent se laisser aller, au travail il y a des limites à ne pas franchir dans la relation à soi, dans les relations professionnelles ou hiérarchiques. Trouver ou retrouver ces limites est très difficile parce que les attentes sont énormes par rapport au travail et à la socialisation qu'il permet. Or, qu'il s'agisse d'une grande entreprise ou d'une petite boîte, la plupart du temps personne n'est là pour prendre cela en charge.

Des études internationales ont d'ailleurs montré que la santé mentale en entreprise a été considérablement sous-estimée. Beaucoup a été fait pour la santé physique (accidents du travail, maladies professionnelles...), mais on commence à se rendre compte — et sur ce plan la question du harcèlement moral au travail a peut-être servi de déclencheur — du vide qui règne dans le domaine de la santé mentale. Presque rien n'existe, tant sur le plan juridique qu'en termes de structures de soutien et tout simplement d'organisation du travail. Car certains modes de fonctionnement génèrent du stress et de la souffrance.

*Cela inverse un peu les schémas courants : non pas «je vais mal psychologiquement, donc je ne trouve pas de boulot ou je risque de le perdre», mais «j'ai un boulot qui mine ma santé mentale»...*

E. L. : En effet, de plus en plus souvent nous rencontrons des personnes qui ont un emploi mais qui subissent une trop forte pression. C'est sûrement dû à l'organisation du travail, mais plus largement au contexte économique actuel : quel

que soit le type d'entreprise, il faut un rendement de plus en plus rapide, on exige des résultats à court terme. Rares sont les milieux de travail où l'on a encore une vue à long terme.

V. G. : Il y aurait beaucoup à dire là-dessus, car ce qui se passe pour le moment n'est pas bon du tout pour la santé. Notamment l'intensification du travail, le manque de temps morts; on veut tout rentabiliser, les gens comme les machines... Au chômage, on trouve des gens qui ne vont pas bien, non à cause de leur situation de chômeur mais du fait de leur ancien emploi! Et ils ont des difficultés à retrouver du travail parce qu'ils gardent de leur précédente expérience le souvenir des destructions qu'ils ont subies sur le plan psychique et dans leurs capacités professionnelles. Ça affaiblit les gens, tout ça; ils perdent leurs ressources, leur image de soi est abîmée. Les gens ont de moins en moins de contrôle sur leur vie, sur leur carrière, ils sont très insécurisés.

E. L. : Les contrats à temps partiel se multiplient, les horaires scindés aussi, et pendant ces plages de temps les exigences sont maximales, il n'y a pas de pauses, la pression est renforcée alors qu'il faudrait la diluer. Et encore! Nous recevons des personnes qui ont dérapé à un point tel que leurs proches, leur entourage ou même l'employeur s'en sont rendu compte. Ce n'est que la partie visible de l'iceberg.

V. G. : Je pense que, dans les entreprises, quand on veut faire quelque chose en matière de santé, on fait rarement les bons choix. Quand j'entends un directeur du personnel ou un responsable des ressources humaines parler des

réponses qu'il envisage par rapport aux problèmes de santé mentale ou de stress dans son entreprise, c'est un peu affligeant! Par exemple, on lance une campagne contre l'abus d'alcool mais on ne s'occupe absolument pas des conditions de travail : dans certaines entreprises, les cadences sont insupportables, on dresse les gens les uns contre les autres, etc. On ne se demande pas une seule fois si ce n'est pas parce que les gens se sentent mal qu'il y a des problèmes d'alcool. Un autre exemple que j'ai entendu, c'est la campagne «vie saine» : le travailleur doit manger plus de crudités, il doit moins fumer, faire du sport. On ouvre une salle de fitness mais on ne songe jamais à s'attaquer à l'organisation du travail. Donc je suis un peu sceptique quant aux mesures qui vont être prises suite à la convention collective conclue en 1999 concernant le stress...

*Quand je vous écoute, je me dis que chaque fois qu'on décèle un problème qu'on avait refusé de voir pendant un bon moment, on se précipite dans des campagnes qui visent à modifier les comportements des gens sans se préoccuper du contexte qui peut induire ces comportements.*

E. L. : Ni de la personne elle-même. Parce que chacun est différent. Et que tout le monde a besoin d'une image de soi suffisamment positive pour simplement pouvoir vivre au quotidien. Or l'image de soi peut être détruite, non seulement au figuré mais au sens propre, parfois jusqu'au morcellement... Nous essayons que les personnes redécouvrent des qualités qu'elles possèdent mais qu'elles ont en quelque sorte escamo-

tées, et qu'elles se les réapproprient. Ou qu'elles se découvrent des possibilités qu'elles ignoraient. C'est ainsi que certains services d'aide au reclassement socio-professionnel ont développé des activités dont, parfois, on peut se demander quel est le lien avec le travail. En fait, il s'agit de réalimenter ou de fonder une image de soi suffisamment positive. Et de transférer dans le quotidien ce qui peut se passer au niveau de l'accompagnement.

V. G. : Je voudrais revenir à une question qui a souvent été évoquée dans le groupe : pourquoi le travail à tout prix?... Le travail reste une valeur très importante, et il est très inquiétant de voir qu'il ne répond plus, ou très peu, aux attentes des gens. Le monde de l'entreprise fait de moins en moins de place aux personnes plus «faibles», moins «rentables». Alors que le travail reste non seulement une source de revenus (même si ce n'est pas toujours mirobolant...) mais une source d'identité sociale, de repères dans le temps et dans les valeurs, même pour ceux qui sont très loin dans leur maladie mentale. Il faut bien sûr essayer de leur refaire une place dans le monde du travail, mais celui-ci doit aussi répondre un tant soit peu aux attentes des gens. Et c'est un choix politique! On ne peut pas demander à l'entreprise de faire de la philanthropie ou des œuvres sociales, non seulement parce que son objectif de profit est bien clair, mais aussi parce qu'il faut penser en termes de droits : droit au travail, droit à trouver une certaine satisfaction dans son activité professionnelle, droit à voir respecter sa santé. Mentale autant que physique.

# Les urgences psychiatriques

*Philippe Hoyois est sociologue et chercheur; depuis vingt ans, il travaille sur des questions en lien avec la santé mentale, qu'il s'agisse des traitements, de l'organisation des soins ou du devenir des patients. Pour l'instant, il partage son temps de travail entre la LBFSM et l'Ecole de Santé publique de l'ULB.*

*Commençons par mettre les choses à plat : qu'est-ce que c'est, une «urgence psychiatrique»?*

Je pourrais répondre que, dans bien des cas, l'urgence psychiatrique sera définie par la façon dont elle est repérée : selon le lieu où la personne s'adresse et selon la lecture que le professionnel en fait, on parlera ou non d'urgence psychiatrique. Le terme «psychiatrique» me dérange toujours un peu en raison de son lien avec le pathologique. Je m'explique. Il faut distinguer l'«urgence psychiatrique» comme telle, la pathologie franche – avec dans certains cas, heureusement pas très fréquents, de réels risques pour la vie qui imposent un traitement immédiat – de «situations de crise» qui peuvent mobiliser pas mal de monde parce qu'il s'est produit vraiment une rupture par rapport à la vie quotidienne, quelque chose a basculé... Dans certains cas, pathologie et crise sont intriqués.

En fait, depuis des années, on a vu progressivement croître des demandes que l'on peut appe-

ler «urgences psychiatriques» si l'on veut, mais qui seraient plutôt d'ordre psychologique ou psycho-social. Certaines personnes vont mal, même très mal, ou bien leur entourage ne les supporte plus, mais on peut s'interroger sur la présence d'un trouble psychiatrique avéré — ou alors, ce trouble se situe plutôt du côté de l'angoisse ou de la dépression que de la psychose. Dans bien des cas, un travail de crise avec la personne et son entourage permet de faire apparaître une situation dont personne n'avait conscience — qui peut renvoyer à une dynamique d'adaptation parfois ancienne — et dans laquelle le patient et son entourage se sont progressivement embourbés. Le travail de crise est alors centré sur cette question : qu'est-ce qui amène le patient aux urgences maintenant, et que peut-on mettre en place pour trouver une amorce de solution à cette situation, en utilisant au maximum les compétences du patient et les ressources de son entourage ?

Dans l'urgence, ce qui paraît au premier chef s'imposer, c'est la nécessité d'un traitement rapide. Ce qui peut être une nécessité objective mais est souvent une nécessité subjective. L'urgence est plus celle qui est ressentie par les personnes que celle des situations.

On a donc ainsi des personnes qui s'adressent au service d'urgence d'un hôpital — ou bien «en urgence» à leur médecin traitant, à un service



social ou à la police — parce qu’elles vivent un malaise très grand et que ce service leur paraît le plus à même de donner une réponse immédiate. L’urgence est vécue subjectivement et ne se rapporte pas directement à une situation clinique qui peut être immédiatement caractérisée par un diagnostic défini. La situation est intenable, tout le monde se sent dépassé, plus personne n’arrive à la gérer. Sauf cas extrêmes, la police ou le service social ne considèrera pas a priori ces demandes comme des urgences psychiatriques ou même psychologiques : pour un policier, un couple qui débarque au commissariat, ce peut être simplement une bagarre ou un conflit conjugal dans lequel il faut que de l’ordre soit mis... alors qu’à l’hôpital on étiquettera peut-être la même situation «urgence psychiatrique». Mais, pour certains, la salle d’urgence d’un hôpital peut aussi être un «lieu d’asile» transitoire, très inconfortable certes, mais quand même protecteur.

*Qui s’adresse aux services d’urgence, et avec quelles problématiques? Vous avez déjà partiellement répondu, mais j’ai lu qu’il était aussi question de toxicomanes en crise et de victimes d’agression ou d’accident grave...*

Il s’agit alors plus particulièrement des services d’urgence hospitaliers, qui sont, il est vrai, le plus gros réceptacle des urgences identifiées comme telles. Si on se centre donc sur l’aspect médical et institutionnel des choses, il faut d’abord formuler quelques considérations générales. Au fil du temps le recours aux services d’urgence s’est considérablement développé. En partie du fait que beaucoup de médecins trai-

tants ont abandonné les visites à domicile ou en urgence. Mais aussi parce que, depuis vingt ou vingt-cinq ans, les gens ont tout simplement appris à recourir à ces services, qui au départ avaient été ouverts pour des accidents ou des maladies graves nécessitant une surveillance immédiate. On utilise les urgences comme des dispensaires ouverts 24h/24! La hausse de la fréquentation des urgences s’est marquée d’ailleurs aussi bien pour les problèmes physiques que pour les problèmes psychiques ou psycho-sociaux. Aussi bien, dans ce qui ne représente pas les urgences les plus graves, pour une entorse ou une entaille que pour une crise de couple. Les «urgences psychiatriques» ne semblent donc pas avoir connu un développement particulier par rapport à l’ensemble des urgences somatiques : les unes et les autres ont augmenté dans des proportions très importantes.

Un deuxième point sur lequel il faut insister, c’est que le recours aux soins évolue avec le temps. Depuis plusieurs décennies, d’une cohorte d’âge à l’autre, on recourt davantage aux soins. En outre, à une même époque, les différentes générations ne recourent pas aux soins de la même manière. Ainsi, aujourd’hui, les urgences sont davantage fréquentées par des jeunes, tandis que les personnes âgées, pour diverses raisons, recourent encore surtout à leur médecin traitant.

Voilà pour les grands constats généraux... Avant de répondre à la question, encore une précision. J’utilise ici les grandes catégories diagnostiques. Cela peut se discuter : les urgences ne représen-



tent pas le lieu ni les circonstances les plus favorables pour poser un diagnostic. Par ailleurs, les patients utilisent les mots qu'ils connaissent le mieux ou qu'ils pensent le plus appropriés, et, dans les situations de crise, il est souvent nécessaire aux cliniciens d'aller au-delà des plaintes et de la symptomatologie manifeste.

Ceci étant dit, qui fréquente les urgences? En grande majorité — pour résumer et utiliser les termes spécialisés —, des gens qui ont des troubles anxieux ou des problèmes de dépression... Si on parle en terme de volume! Parce que la perception des intervenants peut être déformée par le degré de mobilisation qu'entraîne une urgence. On se rappellera plus facilement un psychotique en crise, qui veut tout casser, nécessite l'intervention de dix soignants pour le mettre en chambre forte, que toute une série de patients qui arrivent en continu et dont la demande peut être plus aisément gérée, même s'ils demandent aussi une attention importante. Le patient ou la famille qui perturbe le plus le service sera rapidement repéré comme «cas psychiatrique», pour lequel il faut faire appel à l'équipe, etc. L'accent sera mis sur les cas les plus dramatiques, qui vont être définis comme prioritaires : c'est inévitable.

Un autre aspect, particulier aux urgences, c'est la consommation de toxiques, et en tout premier lieu, devant largement les autres, l'alcool. Les alcooliques sont fréquemment des patients difficiles, peu demandeurs et rarement coopératifs : s'ils arrivent à l'hôpital, c'est souvent pour des raisons extérieures à eux : parce que leur conjoint ou leur employeur les a mena-

cés de les mettre dehors s'ils n'arrêtaient pas de boire, parce qu'ils risquent de passer en jugement pour des faits liés à leur toxicomanie... Les cas d'intoxication ne sont pas très fréquents mais peuvent être spectaculaires.

Ceci dit, il faut évidemment citer les troubles de la lignée psychotique. Encore une fois, soyons prudents : la symptomatologie ne fait pas nécessairement la psychose, et certaines situations très complexes peuvent être difficiles à appréhender. C'est dans tous ces cas difficiles qu'on réalise l'importance de l'expérience clinique des intervenants de salle d'urgence.

Dans un certain nombre de cas, le recours aux urgences est l'occasion du premier contact avec la psychiatrie. C'est donc l'occasion de se rendre compte des possibilités de mobilisation de l'entourage. L'hospitalisation n'est pas forcément nécessaire : certains patients peuvent très bien être suivis en ambulatoire de façon intensive, avec de bons résultats. Evidemment, avec certains d'entre eux, on sait que ce suivi va durer longtemps, mais le pronostic peut être meilleur qu'on ne s'y attendrait, et des patients présentant des troubles graves sont parfois plus gérables que les alcooliques.

Un autre aspect important des urgences, ce sont les tentatives de suicide. Qu'elles soient sévères ou légères : l'inquiétude de l'entourage peut être telle que le recours aux urgences n'est pas motivé par la gravité médicale mais par l'anxiété de tous face à une situation vécue comme insoutenable. A l'inverse, on trouve des tentatives bénignes qui sont minimisées par l'entou-

rage ou par le médecin traitant et pour lesquelles on n'aura pas recours à un service spécialisé. Certaines tentatives de suicide d'adolescents sont tout simplement ignorées, parce qu'une telle tentative secoue les adultes. Il n'y aura recours aux urgences que s'il y a répétition. N'oublions pas non plus que, pour un certain nombre d'urgentistes, la représentation des urgences c'est d'abord le risque vital, le SAMU, l'ambulance<sup>1</sup>... Une tentative de suicide peut dès lors être très mal vécue par le personnel : c'est quelqu'un qui met délibérément sa vie en danger, alors qu'à côté quelqu'un vient d'arriver pour un infarctus!

Chez les victimes d'agression, les risques psychiques sont maintenant généralement perçus. Mais certains aspects liés aux accidents, surtout s'ils sont bénins, restent méconnus : ce sont les risques de développer des troubles ou des séquelles psychiques après un accident de voiture. Les risques pour une personne considérée individuellement ne sont pas faciles à identifier. Par ailleurs, des violences domestiques ou des bagarres ne sont pas toujours bien perçues dans les services d'urgence : l'abord est avant tout médical, et les éventuelles suites psychiques ne sont pas toujours prises en compte. D'autant que certains patients, même victimes de ces violences, peuvent se montrer peu désireux d'une intervention.

1. Et comme on le voit dans la série télévisée *Urgences...* (ndlr)

*Les urgences psychiatriques à Bruxelles, qu'est-ce que cela représente?*

A Bruxelles il existe essentiellement trois services psychiatriques d'urgence. Deux, avec des équipes importantes, peuvent développer des interventions bien structurées, assurer des soins en continu : à Brugmann et à Saint-Luc. L'équipe de Saint-Pierre est réduite et doit faire face à des demandes importantes, dans des conditions qui ne sont pas optimales, avec un public qui a souvent d'énormes difficultés sociales. D'autres hôpitaux ont des services d'urgence avec une présence psychiatrique, soit un psychiatre que l'on peut appeler, soit un infirmier psychiatrique sur place... Les choses ont sans doute évolué ces dernières années, puisque de nouvelles normes ont paru, mais il est probable que cette évolution reste loin du compte. Donc, dans certains services, c'est l'équipe médicale d'urgence qui gère la situation, avec plus ou moins de bonheur selon la plus ou moins grande sensibilité aux urgences psy de l'un ou l'autre intervenant.

Mais je rappelle que toute une série de situations arrivent dans les commissariats. Celles qui seront identifiées comme urgences psychiatriques par la police, parce que la décompensation est manifeste, déboucheront aux urgences d'un hôpital. Les services sociaux doivent aussi voir arriver une série de situations problématiques, par exemple des gens très anxieux parce

que la réponse sociale est lente ou incertaine, que le processus de réinsertion fonctionne de manière très bureaucratique... Et les médecins traitants peuvent être appelés en urgence ou voir arriver à la consultation un patient qui demande à passer en priorité. Il y a plusieurs années, j'ai fait une étude sur les urgences psychiatriques et psycho-sociales en médecine générale : les choses ont peut-être évolué depuis en raison des tensions de plus en plus grandes de la vie moderne, mais à l'époque on estimait qu'un généraliste voyait une ou deux urgences psy par mois. Donc, si on fait le calcul, sur une base de 2.000 généralistes exerçant à Bruxelles, même si tous ne pratiquent pas à temps plein et si on ne compte que dix mois d'activités par an, cela fait quand même un chiffre non négligeable. Bien sûr, la plupart du temps, ces urgences présentent un caractère plus bénin que celles qui arrivent à l'hôpital.

*A côté des services d'urgence, n'y a-t-il pas place pour un dispositif ambulatoire d'urgence? J'ai lu qu'une étude de faisabilité avait été menée à ce propos par le Dr Jean-Paul Matot au service de santé mentale de l'ULB²...*

En ambulatoire, je pense que les choses ont changé depuis l'époque où j'ai commencé à travailler sur la question des urgences, il y a une quinzaine d'années. Les centres de santé menta-

le travaillaient alors essentiellement à la consultation, sur rendez-vous, et se montraient peu disposés à ouvrir un accueil non programmé. Aujourd'hui il y a davantage de contacts entre l'hospitalier et l'ambulatoire. Par ailleurs, on sait que la prise en charge ambulatoire des situations de crise est en principe faisable, pour autant que l'articulation entre les services qui interviendront simultanément ou successivement soit bien pensée et que le patient soit impliqué dans les choix. Bien entendu, cela nécessite que les équipes impliquées revoient leurs priorités. Cela pose également, à mon avis, des questions de pratiques cliniques. Enfin, on peut s'interroger si l'on pense aux multiples travaux qui ont été publiés sur l'induction de la demande par l'offre : quels pourraient être les effets de cette nouvelle offre sur la demande, puis d'une éventuelle reformulation des demandes sur l'évolution de cette offre?... Je n'ai actuellement pas de réponse ; ce type de processus doit être évalué de façon temporelle et cette évaluation n'est pas simple.

En outre, il n'est pas sûr que toutes les équipes des services ambulatoires soient prêtes à la confrontation avec certains types de crises : ce n'est quand même pas leur pain quotidien, et cela nécessite des changements dans les pratiques de travail, y compris dans l'abord clinique des patients. Cela peut aussi être une question

2. Cette étude porte sur la faisabilité d'un projet pilote impliquant les services de santé mentale sur les communes d'Ixelles et d'Etterbeek, le service d'urgence de l'hôpital d'Ixelles-Etterbeek et des médecins généralistes de ces deux communes. Ce projet viserait à établir une coordination des dispositifs d'accueil et de prise en charge des demandes urgentes et des situations de crise psychiatriques et psychologiques à l'adolescence; le projet est susceptible d'être étendu ensuite à d'autres classes d'âge. Pour plus de détails, on peut se reporter au rapport d'activités 2000 de la LBF5M, pp. 56-58.

de priorité. D'autres équipes se sont montrées désireuses et capables de s'impliquer dans ce genre de dispositif, qui ne se substituerait d'ailleurs pas aux services d'urgence hospitaliers... De toute façon, une évolution de ce type est à envisager à long terme, en s'appuyant sur des données et des expériences qui en montrent la pertinence. On sait par exemple que des modalités d'intervention de crise, insérées dans un dispositif ambulatoire diversifié, travaillant en coordination et à destination de patients présentant des troubles mentaux chroniques sévères, permettent d'éviter des réhospitalisations ou, lorsqu'elles sont nécessaires, d'en réduire la longueur. Ce type de dispositif est considéré par les patients comme offrant une meilleure qualité de vie. Mais ces approches paraissent encore peu développées.

D'autres dispositifs moins ciblés peuvent aussi s'avérer appropriés. Les opérationnaliser de façon utile implique tout un travail de préparation, de collaboration, de coordination, d'évaluation et de suivi qui n'est pas toujours appréhendé. Ce qui entraîne souvent des difficultés de mise en place que l'on n'avait pas imaginées. Une des conséquences de ces difficultés pourrait être que chacun cherche à «tout faire» de son côté, en ignorant ou en perdant de vue les complémentarités. C'est là que réside une des plus grandes difficultés : comment arriver à une convergence de vues qui soit pertinente par rapport aux points de vue des patients, et comment la traduire au plan de la pratique?



# Toxicomanie et santé mentale

## QUELLE PLACE POUR LES DROGUES ET LEURS USAGERS?

*Jean-Louis Aucremanne, psychologue et psychanalyste, est responsable d'une unité d'hébergement au centre médical Enaden. Marc Valette, également psychologue et psychanalyste, coordonne une des antennes du Projet Lama, à Anderlecht. Il travaille aussi comme sociothérapeute dans une communauté thérapeutique, La Pièce<sup>1</sup>. Tous deux animent, depuis douze ans, le groupe Toxicomanie et enjeux de société de la LBFMS.*

*Ma première question est assez générale. Il semble que l'on passe, en matière d'usage de drogues, d'un modèle qui a une finalité d'éradication à un modèle qui vise plutôt la réduction des risques associés à l'usage de ces produits. Pourriez-vous expliquer un peu ce processus?*

M. V. : Quand on parle de cela, il faut bien préciser qu'un modèle ne s'est pas substitué à l'autre — et c'est très bien ainsi : les sédiments du passé, si je puis dire, continuent à exister avec toute leur pertinence. Comme nous sommes des cliniciens, nous ne parlerons pas tant d'éradication, terme qui caractérise une visée politique, mais plutôt d'un modèle qui vise la production de l'abstinence pour quelques-uns, et qui laisse place aujourd'hui à un modèle de réduction des dommages pour le plus grand nombre. On peut

repérer une série de facteurs qui, dans le courant des années 90, ont permis cette mutation. Le premier est la reconnaissance de la gravité, en termes de santé publique, des hépatites et du sida chez les usagers de drogues — reconnaissance qui invitait à penser la question des drogues autrement. Un second élément a joué un rôle important : c'est la plus grande reconnaissance politique de notre travail, concrétisée par des financements publics. Troisièmement, je pense que la structuration des usagers n'est pas pour rien dans ce processus. Ils se sont proposés auprès des instances publiques comme des interlocuteurs raisonnables, tenant un langage raisonné, ce qui a permis de les percevoir autrement que dans la perspective de diabolisation qui était la plus courante jusque là. D'autres facteurs ont sans doute joué, qui ne me viennent pas à l'esprit...

Comment caractériser cette mutation? On peut partir d'un point parmi d'autres : il s'est produit un glissement, un transfert des principaux acteurs que les usagers de drogues étaient amenés à rencontrer dans leur parcours. Le juge et le psychologue ou le psychanalyste partageaient un même regard sur l'usager, qu'ils considéraient comme un isolat psychologique («le» Toxicomane), repérable en termes de déficit sur

1. Voir plus haut *Pour une alternative à l'hospitalisation psychiatrique. Les "structures intermédiaires"*, pp. 52 à 58

le plan de la loi. La logique était alors de réimplanter chez lui quelque chose de l'ordre de la loi. Soit en le faisant entrer dans la loi des hommes par la sanction. Soit en le faisant entrer dans un processus de réimplantation d'une forme de loi symbolique qui, par hypothèse, aurait pu lui faire défaut et précipiter son usage de toxiques... Sont apparus alors de nouveaux acteurs, l'économiste et l'épidémiologiste, qui ne visaient plus l'éradication et dont l'éthique était plutôt la limitation des coûts ou des dommages. Dommages en termes de santé publique, coûts en termes économiques. Ces nouveaux acteurs, qui sont aujourd'hui nos collègues, nous ont appris à lire la question des drogues davantage en termes de flux — flux de virus ou flux d'argent — dont il s'agit de limiter la toxicité pour l'ensemble de la société.

J.-L. A. : Il faut voir clairement qu'aujourd'hui deux modèles s'affrontent. Le premier, qui visait l'éradication des drogues, posait que la santé mentale excluait ce genre de pratiques. Ce qui constituait un énorme mensonge puisqu'un grand nombre de psychotropes circulaient librement, à commencer par l'alcool, le tabac ou le café. On était, et on reste, dans une logique qui génère une ségrégation : vous pouvez consommer «propre», consommer de «bons» produits, mais, si vous en prenez d'autres, vous êtes automatiquement considéré comme plus malade qu'un alcoolique. Or il y a beaucoup plus de problèmes de santé liés à l'alcoolisme qu'à la toxicomanie! Mais celle-ci, plus visible, fait l'objet d'une priorité politique affichée, dans un grand combat entre le Bien et le Mal.

Il faut bien reconnaître que les thérapeutes qui ont commencé à travailler avec des toxicomanes dans les années 60-70 (puisque c'est alors que l'usage de drogues est apparu comme une pathologie de masse) partageaient cet idéal social d'éradication et cette idée de la santé excluant toute consommation. Aujourd'hui, la question a pris une tout autre tournure aux yeux des thérapeutes, mais aussi d'autres acteurs qui réfléchissent sur la société — des sociologues, des philosophes, des politiques... La question est la suivante : nous savons que toute cette production chimique est bien là et que les modifications psychiques qu'elle apporte vont intéresser une série de gens (pour «s'accélérer», s'endormir, se protéger, ne pas trop sentir les chocs...). Pourrons-nous construire un modèle basé sur l'idée de «vivre avec» ces produits, et de le faire de manière responsable, avec les risques que cela comportera?... Les deux modèles sont aujourd'hui en présence, et ils s'opposent. On a pu voir dans les discussions récentes à propos de la dépénalisation que la confrontation politique au plus haut niveau n'a pu accoucher que d'une souris un peu mollassonne, bien que des partis se soient — comme jamais — engagés dans une réforme de la politique en matière de drogues.

*Puisque vous en parlez, je vous poserai tout de suite la question : comment voyez-vous l'idée d'une dépénalisation (partielle, ou conditionnelle, voire totale) des drogues dans leur ensemble ou de certains produits?*

J.-L. A. : Je n'ai plus envie aujourd'hui, après des années de pratique, de donner la grande solution ou le grand modèle. C'est un problème qu'il

faut gérer tous ensemble, c'est-à-dire socialement. Je fais quand même partie de ceux qui sont favorables à l'idée de dépénaliser, progressivement, les produits qui paraissent les moins dangereux, d'expérimenter et de voir comment cela se passera : aucune mutation sociale ne se fait du jour au lendemain. Ce qui est certain, c'est que je ne vois plus aucun intérêt à la répression pénale des toxicomanes, à l'exclusion bien sûr des cas où une délinquance est associée à l'usage de drogues. J'ajouterai à ce propos qu'il serait bon que le système pénal évolue : la prison telle qu'elle est aujourd'hui apparaît comme un lieu de rejet, un ghetto épouvantable, où tout ce que l'on apprend c'est à s'identifier au criminel.

Pour en revenir à la dépénalisation, je ne serais pas trop timide non plus pour expérimenter avec certaines personnes, dont la dépendance est très lourde, très sévère, une prescription de la substance qu'elles consomment (notamment l'héroïne), dans des conditions d'hygiène et d'entourage respectueux. Quand on voit la détresse, la gravité de certaines situations, je crois que c'est une chose à tenter... D'autant plus que ce que l'on fait par ailleurs ne marche pas. J'irais vers des expériences ouvertes, contrôlées bien sûr, avec des équipes formées et responsables.

M. V. : Ces questions sont en effet d'abord sociales et politiques. Mais les toxicothérapeutes, comme on nous appelait il y a un certain temps, ne sont peut-être pas les plus équipés pour y répondre, ou en tout cas pas les seuls. Je parlerais plutôt en tant que citoyen intéressé

par la question et ne la connaissant pas trop mal. Je pense en effet qu'il conviendrait de s'orienter de manière beaucoup plus claire et franche que ne le propose l'actuelle majorité, vers des perspectives de dépénalisation de l'ensemble des drogues. Encore que, j'en ai conscience, les choses ne puissent se faire que progressivement dans une société démocratique. Donc on commence timidement avec le cannabis...

Ceci dit, cette dépénalisation gagnerait fortement à se trouver associée à des processus de distribution contrôlée : que l'on ne dise pas simplement «on arrête de punir», sans penser à la manière dont les gens pourraient se procurer, si c'est nécessaire pour eux à un certain moment de leur existence, des produits de qualité raisonnable. En d'autres termes, dépénaliser et, en même temps, laisser aux mafias le soin d'approvisionner le marché, ce serait assez biscornu. Du reste, et cela me semble se situer dans la même logique, des initiatives thérapeutiques comme celles dont Jean-Louis a parlé me paraissent intéressantes à mener. Mais je rappellerai que, si le gouvernement actuel semble s'avancer vers de petits changements en matière de cannabis, c'est le *niet* total pour aller plus loin en matière de prescription médicale d'héroïne.

J.-L. A. : Il faut ajouter que la dépénalisation n'est pas qu'un problème juridique. L'avenir nous dira — Isabelle Stengers, notamment, soulève ce point — comment la drogue va entrer dans la culture. Le premier mouvement est certes d'arrêter la politique de répression. Mais autre chose est d'être attentif à la manière dont



on pourra parler de ces produits. C'est très concret pour les équipes qui font de la prévention en matière de drogues : comment va-t-on apprendre à parler de ce plaisir, de cette jouissance-là?... Le citoyen est quand même convoqué à s'interroger sur le «comment bien dire». Et d'abord comment parler aux enfants, bien sûr, qui restent une préoccupation centrale : quel modèle leur montre-t-on? Que leur dit-on à propos de ces choses? Comment porte-t-on dans sa parole la possibilité de prendre du plaisir avec des drogues, ou peut-être de se soigner d'une certaine façon, ou encore d'éviter d'en faire une habitude ou d'en prendre trop?... La prévention et la culture sont liées.

M. V. : Une légalisation des drogues pourrait favoriser un recodage culturel de cette question, non sans effet préventif. Un des défis du festival «Drogues Pur Kultur», il y a un an, était de commencer à marier une autre façon de parler des drogues et une autre façon de parler de la culture. On pensait qu'arrêter de diaboliser les drogues et les situer dans un contexte culturel et plus festif pourrait avoir un effet de prévention en termes de réduction des dommages pour les usagers.

*Vous avez parlé de diabolisation et de l'évolution des représentations sociales des drogues. Ne peut-on pas aussi parler d'une évolution des représentations que l'on se fait de l'usager? Il semble qu'aujourd'hui on ne considère plus que tout usager de drogues soit forcément un malade mental et que l'on perçoive mieux la complexité du sujet toxicomane...*

J.-L. A. : On a beaucoup utilisé ces dernières années le terme de déconstruction pour caractériser l'analyse de tout ce qui pouvait se raconter sur la toxicomanie. Cette déconstruction d'un mécanisme de désignation d'un bouc émissaire devra sans cesse être remise sur le métier : la diabolisation du toxicomane n'est pas une parole en l'air, c'est un mécanisme social important. Sans être alarmiste, il faut bien redire que les pires sociétés se sont fondées à une échelle extraordinaire sur ce type de discours : il s'agissait d'exclure puis d'éliminer les juifs, les malades mentaux, les débiles, les nomades, les homosexuels. Ce discours qui parle des toxicomanes comme de voyous ou de bandits, qui incarne le Mal en eux, qui génère la peur, il faut expliquer aux gens que c'est abominable pour ceux qui le subissent, que cela peut avoir pour eux des conséquences graves.

M. V. : J'ajouterais que ce discours peut aussi conduire un certain nombre de personnes à tendance masochiste, ou qui traversent un moment de masochisme, à s'identifier à l'image qu'on leur propose et à devenir ce que le discours social énonce, à prendre cette position de déchet ou de détritius qu'il désigne. Nous avons la responsabilité majeure de ne pas nous engouffrer dans ce mouvement et aussi de le contrer — cela figure d'ailleurs dans les statuts et les ambitions que se donnent beaucoup d'institutions, au-delà de la thérapeutique au sens strict. On pourrait dire : soigner les gens, mais aussi soigner le discours.

J.-L. A. : Outre le discours commun sur la toxicomanie, il y a un discours de spécialistes : la toxi-

comanie a son statut dans les manuels de psychiatrie. Là aussi, nous avons été amenés à faire un travail de révision. On s'est aperçu que le discours classique de la psychiatrie sur le toxicomane était très péjoratif; il désignait celui-ci comme une personne qui était dans l'immédiateté (qui voulait «tout, tout de suite», selon l'expression consacrée) et à qui il était très difficile de parler, qui souffrait d'une sorte de handicap de la parole. Tout était braqué sur la notion «quand tu prends de la drogue, tu ne parles pas»... Ce qui s'est avéré complètement faux dès que l'on s'est mis à oser les premières prescriptions de produits de substitution comme la méthadone. On s'est aperçu que c'était la position même du thérapeute, du psychiatre, qui provoquait cette difficulté, cette non-communication entre le sujet, sa drogue, sa culture, et le thérapeute.

Par ailleurs, la catégorie «du» toxicomane s'est complètement effritée pour la plupart d'entre nous. Il n'existe pas de personnalité-type. On ne peut pas caractériser une personnalité par un seul trait : la consommation de produits illicites. Ce que nous rencontrons, il faut y insister, c'est une grande diversité de personnes... et donc aussi de consommations. Il y a des usages de la drogue. Pour fonctionner dans notre clinique, il faut donc absolument abandonner ce genre de manuel et se reposer la question suivante, de façon disciplinée, éthique, au cas par cas : quelle est pour cette personne la fonction de la ou des drogues qu'elle prend? Nous n'avons pas à imaginer savoir à sa place. Elle aura peut-être besoin de temps pour pouvoir dire comment cela s'est mis en place et comprendre pourquoi :

là est notre rôle, qui consiste à l'accompagner, à l'écouter, à l'aider à «construire» ce problème pour lequel elle est venue nous trouver.

Je reviens maintenant à cette partie de votre question : «on n'en fait plus un malade mental»... Oui et non. Si on a fait éclater la catégorie *du* toxicomane, on rencontre néanmoins des toxicomanes qui présentent des pathologies graves associées à leur consommation. Plutôt que de parler classiquement de psychose, je dirais : des parcours de vie précocement dramatiques, avec des parents qui, déjà, n'ont pas réussi à bien s'occuper de leurs enfants, puis des drames qui vont de l'abandon ou du délaissement moral aux violences extrêmes exercées sur les enfants... Ces sujets-là vont aboutir dans les institutions «lourdes» d'hébergement. Ce sont par excellence ceux qui, en consommant, vont le plus s'immerger dans la drogue. Parce qu'ils n'ont presque rien d'autre comme dérivatif, comme moyen de s'accrocher à quelque chose dans la vie. Ce sont typiquement des errants, qui ont du mal avec la société, avec la moindre démarche sociale, qui ne s'intègrent pas, qui ne font guère lien social avec d'autres. Pour eux, la drogue, la rue, fait en quelque sorte office de sous-culture, de lieu de circulation possible. Un lieu dans lequel nous venons ajouter des institutions qui les accueillent et leur permettent de se sortir un tant soit peu de ce parcours assez destructeur. J'ajoute tout de suite que, bien souvent, c'est justement eux que l'on va chercher pour représenter l'usage de drogues. Il faut le dire fermement : ils ne sont pas représentatifs de quoi que ce soit.

M. V. : On peut se demander pourquoi ce sont toujours les figures de l'extrême — celui qui est édenté, qui a le sida, les bras pleins de trous, qui est proche de la mort — qui servent à stigmatiser la moindre consommation de haschisch.

J.-L. A. : Ce choix d'une figure de l'extrême pour représenter toute une catégorie est un mécanisme compréhensible, parce que c'est là que l'émotion est au plus haut, mais cela fait aussi beaucoup de tort. Autre exemple de ce mécanisme : c'est la figure de Dutroux qui a été retenue pour représenter la catégorie des pédophiles. C'est à partir de l'extrême que l'on va appréhender les mesures qui s'appliqueront à tout le monde. De la même façon qu'au début des années 90, avec la misérable affaire de l'assassinat de Marc et Corinne, la politique pénitentiaire a commencé à se modifier vis-à-vis des toxicomanes, allant vers un durcissement, un contrôle accru, qui n'a absolument rien arrangé sur le plan de la resocialisation.

*Que dire pour conclure cet entretien?*

M. V. : Nous avons surtout évoqué les lames de fond, les grands mouvements. Nous pourrions parler de ce qui a changé dans les pratiques. Je crois que nous sommes en train de passer d'un paradigme «hospitalo-communautaire» et individualisé à un modèle centré sur la Ville et le maintien des liens sociaux des usagers de drogues. Je m'explique. Il y a quinze ans, la majorité des traitements, qui excluaient les produits de substitution, reposaient sur la réclusion du sujet dans un monde à part, une communauté (d'ailleurs souvent à la campagne), où l'on

espérait rectifier sa subjectivité et le resocialiser. Après ce processus, qui durait souvent des mois et des années, on le relâchait dans la Ville. Ce modèle, notons-le, pouvait difficilement s'adresser à la plupart des usagers, il ne pouvait concerner que quelques dizaines ou quelques centaines d'entre eux. En outre, ces centres pouvaient avoir un effet-ghetto, voire un effet de prosélytisme, d'apprentissage, les nouveaux étant enseignés par les plus anciens.

Aujourd'hui, on tend davantage à promouvoir de petites unités, qui travaillent près des sous-groupes de population, dans les quartiers, au plus près des réalités sociales. On travaille avec des gens qui continuent à se droguer, alors que dans les grandes communautés on travaillait à partir du postulat de l'abstinence : en quelque sorte, les gens devaient être guéris pour pouvoir commencer le traitement! S'ils consommaient, on les mettait dehors... Dans mon unité ambulatoire, je sais très bien qu'un pourcentage non négligeable des gens avec qui je travaille consomment, non seulement la méthadone qu'on leur prescrit, mais aussi de l'héroïne. Mais si le sujet passe d'une consommation débridée de plusieurs injections d'héroïne par jour à une prise hebdomadaire le samedi soir, j'estime avoir apporté quelque chose. Le nouveau paradigme a permis cette évolution; nous nous décentrons des questions de contrôle de la consommation pour nous attacher aux questions sociales et aux difficultés personnelles. Cela nous intéresse de moins en moins de savoir ce que les gens prennent, et cela nous intéresse de plus en plus de répondre aux phénomènes d'exclusion sociale, de déliaison que ces gens rencontrent, à leurs

souffrances psychologiques, à leurs démêlés avec le CPAS, etc. On se rend compte qu'en prenant ces questions-là en considération, sans porter de jugement sur les consommations résiduelles ou même plus fortes, la consommation diminue au fur et à mesure que la prise en charge offre davantage de reliance.

J.-L. A. : Une autre évolution importante se situe au niveau des lieux d'hébergement. Ils continuent à être nécessaires, mais ils ne fonctionnent plus selon le modèle initial dont Marc a parlé, à savoir un modèle de rectification du sujet, qui devait apprendre à «vivre sans». Toute une population, extrêmement déliée socialement, n'avait pas accès à ces lieux parce que le seuil d'exigence était trop haut pour qu'elles puissent y entrer. Des institutions se sont donc créées, où l'on a pris en compte ces sujets dans

leurs difficultés sociales, réfléchi sur la manière d'organiser une vie collective, d'assurer un travail de reliance, de recréer des liens sociaux, des ancrages administratifs minimaux... Ces nouveaux lieux d'accueil, de vie, sont aussi des laboratoires où il nous faut retrouver un sens du social au-delà de nos habitudes de le penser : ces gens ont eu des parcours extrêmement difficiles, presque délirants, avec des familles dans lesquelles les notions de limite et de loi ne fonctionnaient pas. Nous devons créer des lieux d'extrême souplesse, avec une réflexion sur le cadre et les règles qui va dans le sens d'un accompagnement dans le risque, de la tolérance, de l'acceptation des individualités... Autant il faut avoir une politique dans les quartiers, autant il faut garder dans la Cité des lieux où ces gens puissent être accueillis. Et vivre. Le temps qu'il faut.



# Les tentatives de suicide à l'adolescence

## PISTES POUR LA PRÉVENTION

*La COCOF subsidie, depuis décembre 2000 et pour une période d'un an renouvelable, une recherche visant la prévention du suicide à l'adolescence. Ce projet est mené par le service de santé mentale de l'ULB Psycho-Belliard-Campus, en collaboration avec des centres PMS. Nous avons rencontré Denis Hirsch, psychiatre, qui coordonne ce projet avec Françoise Alonso et Anne Englert, psychologues.*

*Les tentatives de suicide chez les adolescents sont-elles fréquentes à Bruxelles, voire plus fréquentes que dans d'autres régions?*

Je ne connais pas les chiffres pour les autres régions mais, à Bruxelles, on compte une à deux tentatives de suicide d'adolescent par jour. Ces chiffres sont tirés d'une enquête menée il y a quelques années par le Professeur Declercq, portant sur plusieurs milliers d'élèves dans divers types d'enseignement. Le questionnaire demandait notamment aux élèves s'ils avaient déjà eu des idées de mort, s'ils avaient pensé au suicide, s'ils avaient déjà fait une tentative de suicide. Ces chiffres, assez importants, sont cohérents avec ceux des pays d'Europe ou d'Amérique du Nord. On peut penser à d'autres chiffres, français cette fois : Marie Choquet, qui a beaucoup travaillé sur la question, estime que, si l'on prend une classe de l'enseignement secondaire, général, technique ou professionnel (donc entre

12 et 19 ans), on peut se dire qu'un à deux élèves en moyenne a déjà fait une tentative de suicide. C'est un calcul statistique, bien entendu.

Un autre chiffre très parlant, que l'on cite souvent, est que le suicide constitue la deuxième cause de mortalité entre 15 et 25 ans, et la première entre 25 et 35 ans. Il faut cependant nuancer. Lorsque Mme Duchaine, à la COCOF, a été chercher les chiffres de mortalité en Région bruxelloise — l'année passée, je crois —, elle a trouvé un seul cas. C'est évidemment peu spectaculaire en nombre absolu... Mais, justement, une hypothèse qui sous-tend la prévention, c'est que, si les adolescents qui font une tentative de suicide ne sont pas détectés, reconnus, pris en charge et aidés, ils risquent de recommencer ultérieurement et, cette fois, d'en mourir.

Enfin, nous avons questionné les enseignants du secondaire de la Ville de Bruxelles lors d'une journée pédagogique regroupant un millier d'entre eux. Un tiers environ ont répondu : 55% avaient, sur l'ensemble de leur carrière, connu au moins un élève ayant fait une tentative de suicide; et 10% avaient connu un élève ou ancien élève qui s'était suicidé.

*Le phénomène n'est-il pas sous-estimé? Je ne parle pas en termes de santé publique, mais en termes individuels. Parfois la tentative n'est pas*

*très grave médicalement : n'est-on pas tenté de minimiser?*

Vous mettez le doigt sur un élément très spécifique de ce qui se passe à l'adolescence. La tentative de suicide est beaucoup plus rarement accompagnée d'une dépression majeure que chez les adultes. Chez ceux-ci, le suicide est la plupart du temps associé à une pathologie psychiatrique; par contre, les adolescents qui font une tentative de suicide ne présentent pas nécessairement de signes d'alarme en termes de troubles psychologiques évidents. Mais, en tant que thérapeutes d'adolescents, nous savons qu'un geste aussi peu dangereux pour la santé que prendre quelques somnifères dans l'armoire à pharmacie ou même se couper une fois le poignet, doit être entendu, même s'il paraît bénin, médicalement parlant, au médecin de famille qui sera appelé ou qui en entendra parler... Pour peu qu'il en entende parler, parce que souvent les familles banalisent beaucoup l'incident lorsque les conséquences médicales sont négligeables : l'adolescent est généralement taciturne, les parents hésitent à employer le terme «tentative de suicide» parce qu'il est inquiétant et culpabilisant pour tout le monde.

Mais, du point de vue de la dynamique intérieure de l'adolescent, c'est un événement important, presque toujours signe d'une grande souffrance. Le passage à l'acte, quelle qu'en soit la gravité sur le plan médical, témoigne que quelque chose est en rupture ou en risque de rupture. Je vais encore citer un chiffre : les adolescents qui ont fait une tentative de suicide recommencent quatre fois plus souvent que les

adultes. Même si la première tentative ne paraît pas très grave, une récurrence est un signe vraiment inquiétant, et il faut donc prendre au sérieux tout geste où l'adolescent s'en prend à lui-même. Les adultes — parents, enseignants, médecins, psychologues, services de garde des hôpitaux — doivent y être attentifs.

Les conduites à risque doivent aussi attirer l'attention. Bien sûr, elles font partie des rites initiatiques que l'adolescent recherche et dont nos sociétés manquent un peu : on sait qu'en groupe les adolescents peuvent jouer avec la vie et la mort. Cela peut d'ailleurs être structurant parce que cela permet d'être reconnu par le rouble comme futur adulte. Il n'empêche que, dans certains cas, cette prise de risque est un équivalent suicidaire. Bien sûr, il faut toujours entendre cela dans son contexte, au cas par cas : si deux adolescents ont la même conduite dangereuse, cela n'aura pas forcément la même signification pour chacun en fonction de son contexte familial et psychologique.

Nous avons fait une enquête qualitative, il y a trois ans, sur la prise en charge des adolescents qui avaient fait une tentative de suicide. Nous avons rendu visite à des médecins généralistes, des services de garde, des centres PMS, des services de psychiatrie. Or, en contraste avec les chiffres relativement élevés que j'ai cités, aucun de nos interlocuteurs ne se rappelait facilement avoir rencontré un cas de tentative de suicide à l'adolescence... comme si ces cas passaient entre les mailles du filet sanitaire. C'est une vraie préoccupation.

Même si c'est un message un peu culpabilisant, il faut bien dire que le monde adulte — y compris les psy — a tendance à banaliser les tentatives de suicide des adolescents. Je pondère tout de suite ce message : il ne faudrait pas non plus tomber dans la dramatisation et aboutir à un discours alarmiste, du genre «tout jeune dont la crise d'adolescence est un peu remuante ou difficile doit absolument aller voir un psy et entamer une thérapie». Cela reviendrait, pour les adultes, à vouloir maîtriser les fantasmes et le bouillonnement de l'adolescence. Entre banalisation et dramatisation, un équilibre est à trouver. Mais, pour le moment, il faut peut-être souligner le phénomène de banalisation. La tentative de suicide à l'adolescence reste une question très pénible pour les adultes. Entendre un jeune dire «je préfère encore mourir» ou «je n'ai pas demandé à naître» nous fait peur et, peut-être aussi, nous donne un sentiment d'échec. Cela va contre le fil de la vie, et on n'aime pas trop s'y confronter, même si — ou justement parce que —, en tant qu'ancien adolescent, on peut s'y retrouver... D'où l'intérêt des campagnes de prévention.

*J'allais justement vous poser cette question : que se passe-t-il sur le plan de la prévention?*

C'est une question très complexe. Je vais d'abord vous parler du projet sur lequel nous travaillons pour le moment. L'objectif est de favoriser la prévention en milieu scolaire, l'école étant le premier lieu de vie et de socialisation après la famille. Quand on lit les enquêtes, on constate que les adolescents qui vont mal, soit le disent très clairement et font appel à leur famil-

le, soit (et c'est le cas d'un grand nombre) ne veulent surtout pas en parler à leurs parents : ils ont peur de leur faire du mal en leur disant qu'ils ne vont pas bien ou, a fortiori, qu'ils ont déjà fait une tentative de suicide. L'école est donc le lieu-cible de centaines de projets et d'actions de prévention, que ce soit en Belgique ou dans d'autres pays d'Europe, aux Etats-Unis ou au Canada. Mais cela pose énormément de questions, notamment quant au rôle de chacun. Il ne va pas de soi que des enseignants s'occupent de prévention du suicide : leur tâche est avant tout pédagogique. Néanmoins ils sont en première ligne et, comme on l'a vu, bon nombre d'entre eux sont confrontés à ces situations, qui les interpellent très vivement.

L'école est donc un lieu privilégié de la prévention, mais il y en a d'autres, parmi lesquels les services de santé, qui pourraient veiller à ce que le clivage entre le psychologique et le médical ne soit pas trop grand. Par exemple, dans les services de garde des hôpitaux, dès que l'adolescent qui a fait une tentative de suicide n'inspire plus de craintes sur le plan médical, il arrive trop souvent qu'on le laisse partir sans trop s'inquiéter de sa santé psychique. Alors que la question du suivi après l'épisode aigu est importante : c'est un moment-clé chez certains adolescents, qui ont pour la première fois envie de parler à ce moment-là, de dire à leurs parents ce qu'ils n'ont jamais osé dire. Il faudrait donc intervenir sans trop attendre, pour que l'adolescent ne se retrouve pas de nouveau seul et qu'il puisse bénéficier, si nécessaire, d'un soutien, qu'il soit professionnel ou simplement familial.



Sur le plan de la prévention, il faut aussi relever la question de l'information. Les enseignants mais aussi les médecins généralistes sont souvent preneurs d'information sur l'adolescence, sur la signification d'une tentative de suicide à cette période de la vie. Nous sommes en train, le Dr Matot et moi, de mettre sur pied un groupe de travail avec des généralistes pour préparer une brochure à destination de ce public. Comme nous l'avons fait précédemment à la Ville de Bruxelles avec des enseignants, des inspecteurs et des psychologues de PMS, ce groupe travaillera à partir des questions que se posent vraiment les généralistes.

A propos des projets de prévention qui ont été menés, les questions suivantes reviennent souvent : quelle place le projet donne-t-il aux parents? Quelle place donne-t-il aux élèves? Et surtout, quelle place donne-t-il aux pairs? Car, le plus souvent, l'adolescent qui va mal en parle d'abord à un ami ou une amie, que ce soit à l'école ou en dehors. Les projets de prévention peuvent donc se tourner vers l'ensemble des adolescents. Mais, là aussi, il faut être prudent : ce serait une erreur de voir en chacun un soignant, ou encore un monsieur ou une madame Prévention du Suicide. Un risque encore plus grand si l'on s'adresse à tous les jeunes sans discernement, c'est que l'intervention ait un effet contre-productif, soit d'angoisse («pourquoi cet adulte vient-il me parler du suicide?») soit de contamination : dans certains projets de grande ampleur aux Etats-Unis, on a vu le taux de tentatives de suicide augmenter dans l'école à la suite de l'action de «prévention»!

*Nous pourrions peut-être revenir au projet sur lequel vous travaillez en ce moment?*

L'idée est de constituer des cellules de concertation pour favoriser une meilleure articulation entre les directions, les enseignants, les psychologues des PMS, les services de santé mentale — où des prises en charge à plus long terme peuvent être envisagées —, les centres de planning familial, etc. Il ne s'agit donc pas, dans un premier temps, d'intervenir directement (ne serait-ce que faute de moyens), mais de consolider ou d'améliorer les échanges et les réseaux existants. Afin qu'un jeune en difficulté puisse être rapidement et efficacement orienté, tout en maintenant les liens plus étroits qu'il aurait déjà établis avec un enseignant, un éducateur ou tout autre adulte qu'il aurait choisi.

Par rapport à cette idée de base, où en sommes-nous? Au stade des contacts avec nos interlocuteurs privilégiés, les centres PMS, qui ont clairement une mission de médecine préventive en milieu scolaire, et avec les services de santé mentale. Par exemple, nous avons déjà été contactés à propos d'une formation pour les éducateurs de telle école. Nous mettons aussi sur pied, à destination des enseignants, un week-end de sensibilisation à la problématique du suicide à l'adolescence, avec toutes les questions sur la place de l'enseignant par rapport aux élèves qui vont mal, sur les limites de l'écoute qu'il peut offrir, les situations auxquelles il peut être confronté, les limites de la confidentialité, les possibilités d'orientation, la manière d'en parler avec ses collègues, la place des PMS, celle des soignants en dehors de l'école, etc.

*Quelles sont les perspectives ou les étapes futures, pour autant qu'elles se dessinent déjà clairement?*

Pour l'instant, outre les projets dont je viens de parler, nous envisageons, avec la coordination Adolescence de la Ligue, d'organiser une journée d'étude à l'intention des psychologues de PMS et des thérapeutes des services de santé mentale. A plus long terme, on peut imaginer des cellules d'intervention en urgence, mais il s'agirait alors d'un projet clinique, et non plus de prévention primaire. C'est là que nous en sommes; nous progressons pas à pas, avec le souci de consulter chaque partenaire, pour qu'il puisse participer à chaque étape du processus qui se met en place.

La finalité est vraiment de constituer un réseau de personnes-ressources, à la fois dans l'école et au dehors, pour pouvoir répondre adéquatement lorsqu'un élève montre des signes de gran-

de souffrance, de détresse ou de décrochage scolaire, qu'il a fait une tentative de suicide ou qu'il confie à quelqu'un son envie de mourir. Mais l'adolescent peut investir très fort une personne particulière et montrer un grand souci d'intimité et de confidentialité. Il a souvent peur de dépendre d'un adulte et répugne à reconnaître qu'il a besoin d'aide, qu'il souffre ou qu'il est en échec, incapable de «se débrouiller tout seul». Ce fonctionnement psychologique fait que le relais d'une personne-ressource à l'autre est très compliqué. Si un jeune s'est confié à un ami et que celui-ci en a parlé à un enseignant, que va faire ce dernier? Comment va-t-il s'y prendre? Comment trouver le meilleur point de chute pour ce jeune qui va mal?... L'enjeu du projet est de faire en sorte que toutes les mailles du réseau soient des gens qui se connaissent mieux, savent qui peut faire quoi et quelles sont les limites de chacun. Mais c'est un schéma idéal, bien sûr, et il faudra chaque fois inventer.



# L'organisation des soins de santé mentale

## ENJEUX GÉNÉRAUX ET SPÉCIFICITÉS BRUXELLOISES

*En conclusion à cette série d'entretiens, nous retrouvons Charles Burquel, cette fois en qualité de président de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, en compagnie d'Eric Messens, directeur de cette même Ligue. L'interview a porté sur quatre grands aspects de l'organisation des soins de santé mentale à Bruxelles : la coordination à l'intérieur du secteur mais aussi avec d'autres secteurs, les projets de la Ministre fédérale en matière de soins et ce qu'ils impliquent dans la Région bruxelloise, et enfin la question d'une approche de la santé mentale à Bruxelles en termes de santé publique.*

*Ma première question porte sur la concertation et la collaboration au sein du secteur des soins de santé mentale, et notamment entre les principaux «piliers» de ce secteur<sup>1</sup>.*

E. M. : Cet aspect des choses a beaucoup évolué si l'on compare la situation actuelle à celle qui prévalait il y a une trentaine d'années. A la fin des années 60, les services purement ambulatoires (historiquement rassemblés au sein de la

Ligue) pouvaient avoir vis-à-vis des hôpitaux une position radicale, très critique. Lors de leur création, beaucoup de centres de santé mentale se situaient en opposition à l'hôpital, dont ils contestaient l'approche, le mode «aliénant» de travail. La culture, l'esprit de l'époque étaient à la contestation; on s'appuyait beaucoup sur le courant de l'anti-psychiatrie pour dire que d'autres façons de travailler, d'autres modes de prise en charge que le maintien à l'hôpital étaient possibles. Il faut cependant ajouter que certains centres de santé mentale se situent dans la lignée de dispositifs plus anciens, les dispensaires d'hygiène mentale, qui sont nés à la fin des années 20, se sont multipliés entre les deux guerres mondiales, et dont un premier arrêté royal, au début des années 60, a réglementé l'organisation.

Donc, au début des années 70, on peut presque parler de l'hospitalier et de l'ambulatoire comme de deux clans opposés. Aujourd'hui, cet antagonisme est dépassé. Les deux approches n'apparaissent plus comme incompatibles, les soins de santé mentale se conçoivent de moins

1. Pour rappel, il s'agit des cinq secteurs institutionnels suivants :

- les structures hospitalières (hôpitaux psychiatriques et fonction psychiatrique en hôpital général);
- les services de santé mentale (soins ambulatoires);
- les structures dites intermédiaires (centres de jour ou de nuit, communautés thérapeutiques);
- les maisons de soins psychiatriques et les habitations protégées (patients chroniques);
- les services d'aide aux toxicomanes..

en moins sur un mode extrêmement clivé. Je peux témoigner que la Ligue est un lieu de rencontre, de débat, où la réflexion est perpétuellement alimentée par des gens de tous bords. Les clivages ont tendance à s'estomper; ce sont surtout les spécificités de chacun qui sont mises en évidence, ne serait-ce que parce que des professionnels travaillent dans différentes structures et assurent une formation, un discours, un lien de continuité entre elles. Je pense aussi que les praticiens se sont rendu compte de l'inutilité de ces clivages sur le plan de la prise en charge et de l'accompagnement des patients — qui, eux, ont parfois besoin d'un temps à l'hôpital, suivi d'une prise en charge continue en ambulatoire, ou inversement.

Ch. B. : Il faut rappeler que ces différentes structures ont des logiques de fonctionnement et de financement différentes, et se sont créées avec des référents théoriques parfois radicalement opposés. Dans les hôpitaux psychiatriques (et aussi dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux), le lien avec le médical reste fort et entraîne une forme de pensée bien spécifique. Les équipes comptent peu de psychologues, quelques assistants sociaux, mais surtout des médecins et des infirmiers. Elles se centrent plus sur le symptôme (sur la maladie) pour tenter de le supprimer ou de le gérer comme un handicap. En Belgique, l'ambulatoire extra-hospitalier (car, à mon sens, il existe aussi un ambulatoire intra-hospitalier dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux) s'est développé avec des caractéristiques très différentes de ce que l'on trouve dans d'autres pays : chez nous, pas d'infirmiers lors de la création des services

de santé mentale, mais surtout des psychologues et des assistants sociaux; puis, dans un second temps, des médecins psychiatres sont arrivés en plus grand nombre. La grande majorité des services de santé mentale ne se sont pas créés à partir des hôpitaux. Leurs référents théoriques sont liés à une vision psychologique (non pas médicale) du psychisme et au principe de l'analyse contextuelle. La logique de pensée et de fonctionnement n'est pas du tout pareille.

Concernant la collaboration ou les partenariats, il faut préciser que ces différentes structures touchent des populations qui ne se recoupent pas nécessairement. Dans la population d'un service de santé mentale, 20% de gens, par exemple, sont passés par des hôpitaux ou des structures psychiatriques. Mais les autres, non... Dans l'unité psychiatrique d'un hôpital général, on trouvera des patients qui n'ont fréquenté ni l'asile ni l'ambulatoire. Les différentes structures de soins n'ont pas de liens automatiques, elles ont des fonctions différentes et des champs qui ne se recoupent que partiellement.

Enfin, je crois qu'il faut nuancer la séparation entre l'hospitalier, d'une part, et tout le reste, d'autre part. Deux types de structures sont très généralistes : les services de santé mentale et la fonction psychiatrique dans un hôpital général. D'autres sont davantage liées au suivi de personnes présentant des troubles psychiques importants; je rangerais même parmi elles les structures intermédiaires et les habitations protégées, qui touchent une population autrefois plus psychiatisée.

E. M. : Je pense que la division entre les «piliers» institutionnels reposait aussi sur la nécessité, pour eux, d'être attentifs à leurs intérêts. Aujourd'hui, les services de santé mentale n'ont plus besoin de se défendre pour ne pas disparaître; leur existence est garantie par des décrets, des réglementations qui les instituent. Les structures intermédiaires, même si leur avenir est plus précaire puisque leur mode de financement repose sur une convention avec l'INAMI, ont aujourd'hui pignon sur rue... De ce fait, le débat est beaucoup plus centré sur les besoins et l'intérêt du patient. Ce n'est pas par hasard que la note de politique de la Ministre fédérale de la Santé débute pratiquement par ces mots : «des soins organisés avec le patient et plus seulement pour le patient». Si le Cabinet s'appuie sur ces notions, c'est qu'il a bien senti que, sur le terrain, toute une culture s'est modifiée.

Charles a dit que les publics des différentes structures ne se recouvraient que partiellement. Il semble que, globalement, 10% environ de la patientèle des services de santé mentale soit issue de l'hôpital, autrement dit que celui-ci adresse peu de ses patients au secteur ambulatoire. Mais si le débat est aujourd'hui centré davantage sur les notions d'intérêt et de besoin du patient, peut-être la collaboration va-t-elle s'intensifier. Il fut un temps où les équipes pluridisciplinaires ambulatoires, prises dans leur logique, s'empêchaient en quelque sorte de recourir à l'hôpital, même pour un séjour de courte durée. De leur côté, les équipes hospita-

lières, prises dans une logique médicale et par méconnaissance des services ambulatoires, ne faisaient pas appel à ceux-ci. Il me semble qu'aujourd'hui des processus de travail coordonné, en relais, comme il en existe avec l'Intersecteur Bruxelles Sud-Est<sup>2</sup>, deviennent des possibilités de plus en plus opérationnelles. Beaucoup est encore à améliorer, mais le mouvement est lancé.

Ch. B. : L'idée de se centrer sur le patient me pose question. Même si la notion de patient-citoyen est aujourd'hui un peu galvaudée, elle me semble à retenir : le patient n'a-t-il pas plus de chances de «s'en sortir» s'il n'est pas seulement vu comme patient (avec, en arrière-plan, l'image de la maladie mentale) mais aussi comme citoyen?... Si les services ambulatoires fonctionnent selon un modèle moins médical que celui de l'hôpital, ils restent très liés à la psychothérapie et au modèle de la consultation. Ce n'est pas négligeable, puisque cela a rendu accessible ce type de soins à toute une population qui n'avait pas accès au privé (une partie du fonctionnement de ces services n'est pas toujours très loin du privé). Mais nous n'avons pas suffisamment réfléchi à cette notion de patient-citoyen, en interface avec le monde du travail, de la culture, etc.

En termes de service au public, on pourrait penser les choses plus radicalement, c'est-à-dire moins exclusivement en termes de soins — même si les soins sont plus adaptés, moins médicalisés, et prennent davantage en compte les

2. Coordination des urgences psychiatriques réunissant la clinique Saint-Luc, le centre Chapelle-aux-Champs, le WOPS, le SAS, le Méridien, le Grès, la Gerbe et le Chien Vert.

aspects sociaux et le contexte de vie du patient. On pourrait inclure notamment le droit au travail, le droit à une vie sociale, etc. Je crois que, sur ce plan, même si les services de santé mentale sont allés dans le sens d'une forme de thérapie plus adaptée, plus accessible, moins centrée sur la demande immédiate, ils ne sont pas allés assez loin. L'offre de soins me paraît devoir se faire en tenant compte du milieu de vie du patient. Les services de santé mentale sont peut-être les structures qui ont le plus d'expérience pour développer cela.

*Passons à la concertation entre les services de santé mentale et les services extérieurs au secteur des soins de santé mentale. Je pense en particulier aux services sociaux et à ceux qui accueillent les sans-abri...<sup>3</sup>*

E. M. : D'abord, tout comme la concertation interne au secteur des soins de santé mentale, c'est quelque chose qui évolue. Aujourd'hui, la notion de réseau est devenue un maître-mot. La note politique de Mme Aelvoet la met en avant comme si c'était une nouveauté. Les services de santé mentale, à Bruxelles en particulier, ont réagi en rappelant que, déjà dans l'arrêté royal de 1975 qui les réglementait, et comme en témoignaient leurs rapports d'activités, le travail en réseau leur était familier depuis vingt ans. Certes, la notion de réseau telle que la mettent en pratique les services de santé mentale est

encore trop restrictive : il faudrait dépasser le travail entre professionnels de la santé mentale, ou même avec d'autres professionnels comme ceux des services sociaux, que vous évoquez. Cela suppose de mettre en œuvre d'autres concepts, comme ceux de travail communautaire ou de culture de travail intersectoriel au sens large.

Si ces pratiques de réseau sont presque liées à la création des services de santé mentale et impliquées par la notion même d'ambulatoire, elles tiennent aussi à l'installation «géographique» dans un quartier. Certains services sont situés dans des quartiers à haute densité de population, où la vie communale est intense, dans des poches d'habitat défavorisé, avec une grande diversité culturelle; ils ont une bonne connaissance de la vie associative et des relais communautaires. Dans d'autres services, c'est moins le cas. Certains ont participé à des coordinations sociales, ils sont sortis de leurs murs pour prendre le pouls de ce qui se passait dans la vie de la commune ou du territoire sur lequel ils intervenaient. D'autres se sont moins impliqués extra muros.

Quoi qu'il en soit, les services de santé mentale rendent compte aujourd'hui d'une évolution des demandes depuis les années 80-90, du fait de la fracture socio-économique, du sentiment croissant d'insécurité, d'isolement, d'incertitude,

3. Le Rapport 2000 sur la pauvreté, publié par l'Observatoire de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale, pointe notamment les difficultés de collaboration entre les centres de service social et les services de santé mentale. Quant aux sans-abri, la recherche dirigée par André Rea, qui n'est pas axée sur la santé mentale, montre bien, chez les travailleurs des services d'aide et d'accueil, des besoins de concertation avec diverses branches du secteur psycho-médico-social (cf. *La problématique des personnes sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale*, ULB, Institut de Sociologie, GERME, 2001).

et de la transformation de repères importants. Cette évolution est à la fois quantitative (les salles d'attente débordent) et qualitative, avec notamment l'apparition de ce que l'on appelle les nouvelles pathologies : certaines formes d'assuétudes, de violence et de délinquance, la maltraitance et les violences sexuelles, etc. Le philosophe Alain Ehrenberg parle de ces pathologies en se demandant si ce ne sont pas simplement des symptômes anciens ou «classiques» qui prennent de nouvelles configurations, un nouveau visage.

Les demandes apparaissent aussi beaucoup plus lourdes et confuses : on ne sait plus exactement ce que la personne demande, tout semble emmêlé — problème matériel, problème administratif, problème psychique...? Parfois même la demande est silencieuse : la personne est simplement là, sa seule présence physique dans les lieux témoigne d'une misère ou d'un malaise profonds. De plus en plus souvent aussi, ce n'est même plus l'intéressé qui formule la demande, mais un tiers : un voisin, quelqu'un de l'entourage, quelqu'un de «bien intentionné» et parfois aussi, dans une logique qui est davantage de l'ordre du contrôle ou de la surveillance, un magistrat, le commissariat de police, le directeur de l'école, un intervenant du CPAS, qui engagent la personne dans une forme d'obligation thérapeutique.

Je pense que cette évolution tant qualitative que quantitative a fait comprendre aux équipes que leur capacité à répondre aux demandes était limitée. D'où l'intérêt de développer des collaborations, de prendre en compte les profes-

sionnels qui étaient déjà intervenus auparavant, de redynamiser ce qui avait déjà été fait, de ne pas vouloir trop centraliser et de recourir à des ressources extérieures au service de santé mentale. Globalement, chacun adhère maintenant à cette notion de pratique de réseau. Il existe une culture commune du travail en santé mentale... même si tout le monde n'y adhère pas au même degré ni avec la même motivation, bien entendu.

Ch. B. : Je voudrais souligner que parfois le réseau des professionnels prend la première place, alors qu'il s'agirait plutôt de renforcer le tissu social des gens. Tout en reconnaissant que celui-ci est souvent déficitaire dans nos sociétés et que l'action des professionnels est dès lors nécessaire, ne serait-ce que pour le renforcer. Le danger d'un réseau, c'est toujours de devenir un filet à mailles serrées, c'est-à-dire d'emprisonner les gens. Il faut qu'il garde des ouvertures, que les gens puissent s'accrocher quelque part et renouer des choses. Peut-être en retrouvant ce dans quoi ils sont déjà inclus et qu'ils ne repèrent pas suffisamment, qui les tient en vie ou qui leur permet de se «débrouiller» mieux qu'on ne le croit, parfois même s'ils paraissent vivre dans l'errance.

Plus largement, il y a ce problème : c'est que le champ de la santé mentale prend une très grande extension — les autres champs d'intervention aussi, d'ailleurs, que ce soit le judiciaire, le sécuritaire ou le médical : on intervient partout et de plus en plus. Cela peut être à bon escient, mais c'est loin d'être toujours le cas. On a tendance à cadrer immédiatement les situations dans des



schémas prédéterminés. On n'arrive pas à les problématiser, à les appréhender selon un angle différent qui permettrait d'obtenir des effets parfois suprenants sur le plan de la santé mentale. On peut penser à toute une diversité de situations où il s'agirait moins d'amplifier les actions-interventions de professionnels que de problématiser les choses et de se demander comment on pourrait les envisager en utilisant les ressources de chacun et celles des groupes sociaux.

Vous parliez des sans-abri : selon les statistiques, une proportion très variable d'entre eux (de 20 à 90%) iraient très mal psychologiquement. D'abord, vous voyez à quel point on peut se fier aux statistiques dans ce domaine. Ensuite, ce n'est pas parce que l'on parle de trouble psychique voire de maladie mentale qu'automatiquement il faut penser en termes de soins, qu'ils soient classiquement psychiatriques ou plus novateurs... Un autre exemple, ce sont les maltraitances, qui font l'objet d'un nombre croissant d'interventions, parfois positives mais parfois très négatives. J'en discutais récemment avec un magistrat, qui me disait qu'avant l'affaire Dutroux il permettait parfois, parce que des tiers étaient en jeu, que les choses puissent évoluer d'elles-mêmes positivement dans la famille. Alors qu'aujourd'hui on se précipite très vite dans des interventions massives...

E. M. : Pour revenir aux pratiques de réseau avec des secteurs hors santé mentale, cela rejoint l'évolution des demandes dont j'ai déjà parlé. Je vais donner trois exemples. Les équipes des services de santé mentale sont maintenant contac-

tées par le milieu scolaire (ce qui est nouveau) — des professeurs ou des directeurs débordés par des situations de violences physiques ou verbales, par des conflits qu'ils ont le sentiment de ne plus pouvoir gérer. De même, les travailleurs de rue et le secteur des maisons d'accueil qui travaillent avec les sans-abri rencontrent une population nouvelle qui présente, dans des proportions et à des degrés divers, des troubles psychiatriques, des souffrances psychiques ou des difficultés psycho-sociales. Et, quand ils s'adressent au secteur des soins de santé mentale, ces travailleurs sociaux ont l'impression de ne pas obtenir de réponse.

Troisième exemple, et c'est peut-être le plus parlant : à partir de la fin des années 80 et tout au long des années 90, le pénal et le judiciaire ont été progressivement pris dans une logique sécuritaire et se sont retrouvés devant l'obligation extrêmement ambiguë de garantir le «risque zéro». Avec les toxicomanies dans un premier temps, puis avec les grandes affaires Dutroux et autres, à propos des problématiques de la maltraitance et de la délinquance sexuelle, le monde judiciaire, conscient de sa relative impuissance devant cette injonction de risque zéro que lui adressaient l'opinion publique et le monde politique, s'est tourné vers le secteur de la santé mentale. L'idée étant : «si ces gens ne peuvent s'empêcher de consommer des drogues ou de s'en prendre à des enfants, c'est d'abord parce qu'ils ont des problèmes de santé mentale. Donc le secteur de la santé mentale doit collaborer avec la Justice.» Cela s'est traduit, à titre d'exemple, par une modification du système de libération conditionnelle, sans concertation avec

le terrain de la santé, et par la construction juridique du modèle de l'injonction thérapeutique pour les justiciables. La Justice attendait de la Santé mentale qu'elle collabore à un processus de contrôle et de sécurité.

J'ai donné ces exemples pour bien faire comprendre pourquoi nous disons : oui, il y a de nouvelles demandes, des appels à la collaboration et au travail en réseau au-delà de notre secteur, mais il faut d'abord s'entendre sur cette collaboration ou ce travail en réseau. Cela veut-il dire, puisque le directeur d'école a des problèmes avec la violence dans son établissement, que nous allons intervenir auprès des élèves? Que, lorsqu'un travailleur de rue ne s'en sort pas avec un sans-abri qui perd la tête, un psychiatre va venir lui prêter main-forte, seringue en main? Ou encore, sous prétexte qu'un procureur désigne un délinquant sexuel comme malade mental, que nous allons le traiter, qu'il le veuille ou non?...

La collaboration ne consiste-t-elle pas plutôt à s'occuper du véritable demandeur, qu'il soit magistrat, travailleur social ou directeur d'école? A lui demander : que se passe-t-il? En quoi ce que vous rencontrez aujourd'hui vous donne-t-il l'impression que vous êtes dépassé, sans ressources, incapable de répondre? Quelles représentations avez-vous du travail que vous faites, de la personne dont vous vous occupez et de nous-mêmes, professionnels de la santé mentale, pour penser que la délégation doit se faire comme cela, purement et simplement? Ne faudrait-il pas d'abord vous repositionner dans votre propre cadre de travail?... Sans quoi, on

risque d'arriver à ce que dit Ehrenberg : les psychiatres, les psychologues et les autres travailleurs de la santé mentale vont finir par traiter toutes les difficultés, tous les malaises générés par les mutations économiques, sociales et culturelles actuelles. Il faudra chaque année non pas 300 mais 3.000 candidats aux Facultés de Psychologie de l'ULB et de l'UCL!...

*Vous avez déjà parlé des projets du Gouvernement fédéral en matière de soins de santé mentale. C'est le troisième aspect de l'organisation des soins que je voulais soulever...*

E. M. : La note de politique de Mme Aelvoet, diffusée au printemps dernier, a été accueillie avec une certaine surprise. Maintenant que les choses se sont décantées, nous voyons mieux les côtés intéressants et positifs de ce texte, mais d'autres continuent à nous inquiéter. Sur quels concepts, sur quelle méthodologie et sur quelles perspectives ce projet de réorganisation est-il fondé?... Une première remarque, c'est que la note émane du fédéral et vaut donc pour l'ensemble de la Belgique. En ce qui nous concerne, nous avons examiné le projet d'un point de vue surtout bruxellois. Il faut savoir que le secteur de la santé mentale dans la Région de Bruxelles-Capitale est organisé et équipé autrement que dans les Régions flamande et wallonne. Les cultures de travail sont différentes également; la densité et la proximité des institutions ont permis de penser le travail autrement. Dès lors, nous avons eu l'impression que le projet avait été pensé sans tenir compte des spécificités bruxelloises et en se basant surtout sur les réalités et les

nécessités de transformation de la psychiatrie en Flandre.

Une deuxième remarque, c'est que le fédéral a pensé une réorganisation des soins de santé mentale impliquant les différents acteurs institutionnels, alors qu'il n'est compétent que pour l'un de ces acteurs, certes important : le monde hospitalier, tandis que les services ambulatoires sont de la compétence des Régions. Et ne parlons même pas des compétences communautaires... Il ne faut donc pas oublier ces deux distinctions : Région flamande / Région bruxelloise (et, dans une moindre mesure peut-être, Région wallonne), et Gouvernement fédéral / Régions et Communautés.

L'idée du Cabinet Aelvoet est d'entamer ce qu'il appelle la deuxième phase de la reconversion de la psychiatrie, avec le même objectif que la première : réduire le nombre de «lits» psychiatriques, parce que peu utiles sur le plan de l'efficacité thérapeutique et par ailleurs très coûteux. La première phase date du début des années 90; c'étaient les mesures dites Busquin qui, en convertissant des lits psychiatriques en places d'habitations protégées, ont permis une forme alternative d'accompagnement de patients psychiatriques lourds et chroniques, intéressante sur le plan de la resocialisation et aussi — pourquoi pas? — sur le plan économique. Cette réorganisation était surtout pertinente en Flandre (et sans doute en Wallonie également), où le nombre de lits est excédentaire. Par contre, à Bruxelles, aucun lit n'était à reconvertir. Déjà, dans les années 90, il avait fallu trouver des dérogations pour que 400 places puissent être

ouvertes dans des habitations protégées sans que le nombre de lits psychiatriques soit réduit.

Une autre interrogation à partir de la note politique porte sur les notions de réseau et de circuit de soins qu'elle met en avant. Pour faire bref, disons que le réseau serait la représentation cartographique des ressources de soins disponibles, tandis que le circuit serait la trajectoire ou le parcours, plus ou moins prédéterminé, que suivrait un patient à partir du moment où sa pathologie ou sa difficulté aurait été identifiée. Or, malgré l'impression d'une présentation moins musclée du fonctionnement en réseau et circuits de soins que celle proposée par la précédente législature, il nous semble que le projet fédéral actuel définit encore ces notions davantage en termes de bonne gestion ou de bon fonctionnement des ressources institutionnelles qu'en termes de bon usage de ces ressources en fonction de l'intéressé. Qui va prédéterminer une trajectoire, pour qui, et au nom de quoi? Toute l'expérience en sciences humaines nous a appris qu'orienter le sujet humain malgré lui est contre-productif sur le plan thérapeutique... C'est faire fi, notamment, de la notion de transfert (curieusement, un individu peut aller beaucoup mieux selon qu'il choisit X plutôt que Y, en fonction de son implication, de ses représentations, de son imaginaire). C'est installer de l'obstacle dans un processus de soins au nom d'une rationalité que je crois essentiellement gestionnaire.

Ch. B. : Malgré ces réserves, il faut rappeler qu'il s'agit d'une note politique et non d'un programme. En outre, par rapport à ce que nous

avons lu auparavant, et qui émanait surtout du Centre national des établissements hospitaliers, cette note présente des ouvertures, des élargissements : elle parle du contexte, de l'environnement dans lequel se trouve le patient, vu aussi comme citoyen ayant des droits. Elle insiste sur la notion de réseau et tient compte de structures de soins très présentes pour la population : la fonction psychiatrique en hôpital général et l'ambulatorio extra-hospitalier. Elle parle aussi de mieux reconnaître la pédopsychiatrie, etc. Par ailleurs, elle maintient plusieurs grands groupes-cibles, les uns assez généralistes (personnes âgées, adultes, population infanto-juvénile), mais les autres définis par des catégories (handicaps, psychoses et toxicomanies), ce qui pose quand même question : n'y a-t-il pas un risque de créer des «filiales» de soins qui nous paraissent préjudiciables? Il reste donc de nombreuses interrogations, notamment quand au rôle de l'hôpital psychiatrique et à la place des services ambulatoires.

Mais le texte n'est pas aussi fermé que ce que l'on avait pu entendre auparavant. Par exemple, le fédéral a essayé de trouver une formule pour intervenir dans un domaine qui n'est pas vraiment le sien. Il s'agit de l'aide qu'il veut fournir aux services d'aide à domicile, à ce qu'il appelle des personnes réactivatrices du lien et, dans le futur, à des formes novatrices de centres de jour. Le fédéral fait partir cela des habitations protégées, donc de services qui font revivre les gens dans la Cité et non en hôpital... C'est assez nouveau. C'est intéressant dans la mesure où de

véritables collaborations pourraient être établies avec les Régions et les Communautés. Le fédéral renforce aussi les Plates-formes pour la santé mentale, qui sont des lieux de concertation entre les différentes structures de soins. Je ne vais pas entrer davantage dans les détails, mais je dirais que cette note, quoique insuffisante, offre des ouvertures intéressantes. Mais il faut rester attentif!

E. M. : Cette note politique envisage aussi la participation des associations de patients aux Plates-formes. Elle ne parle plus non plus, comme on le faisait auparavant, de structures juridiques qui seraient chargées d'établir des filières ou des trajectoires pour les patients au sein du système de soins. De notre point de vue, c'est quand même un changement intéressant. Quand Mme Aelvoet parle d'«activation de réseau et de circuit de soins», elle confie cela aux Plates-formes, ce qui est tout à fait différent : une Plate-forme est un lieu de convergence des points de vue des représentants de tous les secteurs institutionnels; on est donc loin de l'idée d'un seul acteur qui saurait mieux que tout le monde pour tout le monde...

*Nous pourrions terminer cet entretien en partant d'une phrase que j'ai relevée dans le rapport de la recherche que la Ligue vient de publier<sup>4</sup> : «Jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu une réflexion de santé publique consacrée aux caractéristiques d'une grande ville comme Bruxelles, à l'évaluation des problèmes psycho-sociaux qui s'y logent et à la détermination des besoins qui*

4. *Evaluation de l'activité des services de santé mentale bruxellois francophones. Rapport*, Bruxelles, LBF5M, 2001.

*requièrent spécifiquement l'intervention du secteur de la santé mentale.»*

Ch. B. : Il est clair qu'au niveau de Bruxelles (et aussi de la Belgique, d'ailleurs) on a très peu pensé les questions de santé mentale en termes de santé publique : quels sont les besoins de la population? Comment l'aider à les expliciter? Quelles sont les structures nécessaires pour répondre à ces besoins? Il faut aussi s'interroger sur d'autres structures d'aide que les soins... Il n'y a pas vraiment d'études sur ce plan. Le fait d'avoir redynamisé l'Observatoire de la Santé me paraît un élément important, pour peu que cet outil, qui pour l'instant travaille notamment sur la pauvreté, se développe dans d'autres domaines. De notre côté, nous avons engagé avec la Fédération des services de santé mentale bruxellois tout un travail d'évaluation des activités de ces services. D'autres initiatives existent : par exemple, des membres de la Ligue liés à la coordination Urgences ont élaboré une recherche sur les tentatives de suicide.

Cependant, se mettre ensemble pour définir une politique de santé n'est pas si simple. On a parlé

de Bruxelles Ville-Santé à plusieurs reprises<sup>5</sup>, mais la réflexion autour de ce sujet paraît être au point mort. Cependant, je crois que nous sommes dans un moment d'ouverture sur ces questions, que ce soit sur le plan politique ou au niveau du secteur, comme en témoigne le travail qui se fait actuellement à la Plate-forme bruxelloise, avec le soutien de la Ligue et en concertation avec les néerlandophones. Les discussions sont devenues franches, alors qu'auparavant elles n'étaient que prétexte à polarisation. Mais il est vrai que, pour arriver vraiment à quelque chose pour Bruxelles, il faudrait un Plan régional de santé (mentale et somatique), prenant en compte les spécificités de la Ville-Région, de ses communes et de ses quartiers. En envisageant des projets novateurs à partir de concertations avec les structures déjà présentes et avec la population concernée, on pourrait arriver à un modèle de santé publique intégrant les aspects communautaires. La grande question étant : comment faire pour que les différents secteurs tiennent compte des enjeux de santé, et notamment de santé mentale, quand ils développent des activités? Qu'il s'agisse de mobilité, d'habitat, ou de quelque autre domaine que ce soit...

5. Voir notamment le numéro spécial 1998 de *Bruxelles Santé*, toujours disponible.



## SOMMAIRE

▶ Avant-propos .....	page 5
▶ Les soins ambulatoires en santé mentale. <i>Une expérience bruxelloise</i> .....	page 10
▶ Enfance et santé mentale. <i>La concertation intersectorielle</i> .....	page 15
▶ Santé mentale et exil .....	page 20
▶ Santé mentale et vieillissement .....	page 28
▶ Jeunes adultes et vieux adolescents .....	page 33
▶ Psychiatisation du social <i>versus</i> travail communautaire .....	page 40
▶ Santé mentale et justice. <i>Un ajustement difficile à trouver</i> .....	page 46
▶ Pour une alternative à l'hospitalisation psychiatrique.....	page 52
▶ Santé mentale et travail social. <i>Le point de vue des services sociaux</i> .....	page 59
▶ Insertion professionnelle et santé mentale.....	page 63
▶ Les urgences psychiatriques .....	page 68
▶ Toxicomanie et santé mentale .....	page 74
▶ Les tentatives de suicide à l'adolescence. <i>Pistes pour la prévention</i> .....	page 81
▶ L'organisation des soins de santé mentale à Bruxelles.....	page 86



Une réalisation de l'asbl Question Santé  
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles  
Tél. : 02 512 41 74 - Fax : 02 512 54 36  
E-mail : [question.sante@skynet.be](mailto:question.sante@skynet.be)  
<http://www.questionsante.org>



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



Editeur responsable : Dr. P. Trefois  
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles  
D/2001/3543/12