

Entre révolte et lien social

Anouck Loyens,
assistante sociale au centre de
santé Bautista van Schowen.

MOTS CLEFS : santé mentale,
travail social, maison médicale,
proximité, accès aux soins.

Pauvreté, problèmes psycho-sociaux, cercles vicieux... Comment les intervenants peuvent-ils éviter la lassitude? Peut-être en changeant de lunettes: telle est l'expérience qu'Anouck Loyens raconte ici, après s'être initiée à l'approche anthropologique dans le cadre d'une formation organisée par l'université catholique de Louvain: «Santé mentale en contexte social¹».

Anouck Loyens a développé les réflexions qui suivent dans un travail intitulé: *Entre révolte et lien social, l'expérience d'un réseau d'échanges à Seraing (2009)*.

Face au malaise

Bouleversements sociétaux, précarité, insécurité,... la souffrance psychique d'origine sociale touche de plus en plus durement une population de plus en plus large. Elle devient un syndrome, qui se déploie comme une épidémie. Par rebond, elle concerne donc les travailleurs sociaux de première ligne en soins de santé.

Pendant longtemps, leur travail a été centré sur la réorientation ponctuelle de situations individuelles. Mais un certain malaise apparaît chez les intervenants face aux situations d'extrême précarité. Les comportements décalés, les violences sociales et institutionnelles les mettent à rude épreuve. Les problèmes de santé mentale se glissent dans les réalités professionnelles et suscitent réactions et questionnements. Comment accompagner, écouter, respecter, prendre soin? Mais aussi comment prendre en compte le contexte social d'une personne dans la relation de soin? Que comprend le patient de la prise en charge globale?

Les travailleurs sociaux, témoins privilégiés des situations vécues par la population au travers des phéno-

mènes d'exclusion économique, sociale et symbolique, peuvent, grâce à une démarche anthropologique, élargir leur champ d'analyse et d'action.

Offrir des réponses individuelles à la souffrance sociale est important mais ne suffit plus. Prendre soin, accompagner: ces démarches n'appartiennent plus aux seuls soignants ni aux seules familles, mais sont partagées par de nombreux professionnels et non professionnels, des élus et des usagers. En prenant conscience de leur relative impuissance face à la pauvreté, dit Jean Furtos², les intervenants de première ligne doivent apprendre à soigner dans une réciprocité où chacun échange quelque chose de son vécu. Nous pouvons intervenir dans le parcours de vie des gens en y apportant des changements, en les aidant d'une certaine manière, mais il est important de nous rappeler cette impuissance face à de nombreux problèmes sociaux.

L'évolution du contexte et de ses conséquences sur les gens nous amène à orienter nos interventions vers un travail de proximité, communautaire et transculturel. Comment s'opère ce passage pour les usagers et les soignants?

1. Cette formation a été décrite dans *Santé conjugulée* n°48, avril 2009, «Rapprocher les professionnels et les publics précaires: une approche transdisciplinaire», Marianne Prévost, <http://www.uclouvain.be/formation-continue-mentale>.

2. FURTOS Jean, Introduction à la dialectique des notions de soigner et de prendre soin, Journée d'étude organisée par l'Orspere, 2007 Rennes. Voir aussi *Santé conjugulée* n°48, avril 2009, Dossier Vulnérabilités: «La souffrance psycho-sociale: regards de Jean Furtos», Marianne Prévost.



Temps d'arrêt

La formation « Santé mentale en contexte social » permet un temps d'arrêt sur la pratique et l'approfondissement de sujets tels que l'exil, la précarité et les conduites à risques. La participation à cette formation m'a amenée à réaliser un travail d'enquête autour de situations vécues par les usagers et les professionnels. Mon terrain d'enquête s'est porté sur la valorisation des savoirs et des expériences dans le cadre du réseau 'la Boîte à trucs' de Seraing ainsi que dans ma pratique quotidienne d'assistante sociale au centre de santé Bautista Van Schowen.

En contextualisant mon enquête au départ de la maison médicale et de son ancrage dans la ville, j'ai croisé des comptes rendus d'entretiens de type récit de vie, des observations, des fragments de conversation. Les différentes questions qui ont traversé mes entretiens se sont portées sur ce qui a aidé les personnes à un moment donné ou ce qui aurait pu les aider, sur leur histoire, leurs relations familiales et sociales, leur rencontre avec l'approche intégrée psycho-médico-sociale, leurs

relations aux institutions et leur ressenti face au groupe, au collectif. Dans ce travail, j'ai développé les concepts de clinique psycho-sociale, les processus de précarisation en reprenant les notions de déliaison sociale, de disqualification, de souffrances sociales.

Désaffiliation, lutte des places et clinique psychosociale

En développant la notion de « désaffiliation », Robert Castel³ désigne un mode particulier de rupture du lien social lié directement à la précarité du travail, la montée du chômage, l'isolement, la fragilisation relationnelle et familiale. Ce concept représente la mise à mal de liens sociaux essentiels et les pertes des protections rapprochées, le sentiment d'être isolé, d'être inutile au monde.

3. CASTEL Robert, *L'insécurité sociale, qu'est-ce qu'être protégé?* Seuil, 2003.

Max

J'ai reçu pour la première fois dans mon bureau Max, 65 ans, inscrit à la maison médicale depuis des années. Il habitait dans la cave d'un café sans eau ni fenêtre ni porte. Depuis peu, le propriétaire du café a changé et lui réclame un loyer. Son apparence fait parfois peur aux autres personnes. On dit qu'il ressemble à Jésus. Il est en effet assez grand avec de longs cheveux gris et a une longue barbe grise. Il se déplace en pantoufles avec une démarche assez aérienne.

Il est petit à petit entré en lien avec la maison médicale en s'asseyant sur le banc de la cour (position stratégique de passage) et en racontant, à qui voulait l'entendre, quelques blagues mais aussi quelques morceaux de vie. Max a perdu ses protections et s'est détaché du monde réel pour vivre une vie que l'on pourrait qualifier d'ermite. Il lui reste malgré tout les liens fragiles qu'il a entretenus avec de vagues amis, à la maison médicale et au café où il se rend tous les jours. Il me dépose sa déclaration d'impôts afin que je l'archive et dit «s'en foutre» de sa propriétaire qui le harcèle pour qu'il nettoie son studio. Il refuse l'intervention d'une aide familiale, pourtant disponible à des conditions financières acceptables.

Maria

Maria a une soixantaine d'années et est presque aveugle. Elle a vécu dans la rue après une période de prostitution : « *Du fric j'en avais toujours dans les poches, je faisais ce que je voulais* ». Aujourd'hui, elle doit s'habiller avec ce qu'on lui donne à l'abri de jour mais son style à elle c'est le hard rock, m'a-t-elle déclaré récemment. Je ne sais pas pourquoi mais cela m'a touchée, j'avais envie de lui offrir une Perfecto. Elle vit dans un logement insalubre avec sa dizaine de chats et refuse que je le visite. Nous avons ensemble cherché des logements mais ça ne lui convenait pas. Elle m'a emmené un jour voir une petite maison abandonnée dans le bas de Seraing. C'est ça qu'elle aime. « *Si je vais dans cette autre maison, c'est tout de même mieux que d'errer dans les rues? Non?* » me dit-elle comme pour trouver mon approbation. « *C'est qu'on y serait bien dans la précarité, c'est dur d'en sortir, de réaliser.* ». Maria exprime une souffrance, elle est affectée par son être en société, elle souffre par le social. Les inégalités sociales s'inscrivent jusque dans le corps des personnes.

John

John a une cinquantaine d'années, une formation de peintre en bâtiment et est actuellement sur la mutuelle. Il a été diagnostiqué schizophrène et dit de lui-même qu'il est un grand malade. Depuis le décès de son père, il habite seul avec son vieux chien. Il a dû déménager de la maison familiale suite à des conflits familiaux et vit aujourd'hui dans une petite maison sociale. Il lui a fallu du temps pour s'y sentir chez lui mais il y est plus ou moins arrivé.

John a passé une partie de l'année dernière dans un hôpital psychiatrique, ce qu'il a vécu comme un emprisonnement. Il ne veut plus y retourner, enfin jusqu'à la prochaine fois. Il souffre du regard des autres et va boire au café ou reste dans son lit la plupart du temps. Son cheval, avec lequel il a fait beaucoup de spectacles et prestations dans des fêtes locales, il ne sait plus s'en occuper par manque de ressources financières et de stabilité. Son rêve est de créer un terrain d'aventure pour les enfants dans lequel il pourrait refaire des animations avec son cheval. Il clame au fil des entretiens sa dignité perdue, sa révolte contre le système duquel il se sent exclu et non reconnu dans ses difficultés quotidiennes. « *J'en ai marre d'être un assisté, mais je n'y arrive pas, je souffre.* » me confie-t-il.

Vincent de Gaulejac⁴ aborde différentes facettes du sentiment de honte. Il propose de considérer la honte comme un sentiment social concernant l'identité du sujet, ce qui le constitue comme membre à part entière d'une société, affirmant sa singularité et son appartenance. Dans l'ancien monde industriel, l'exclusion économique vécue par les masses ouvrières renforçait leur sentiment d'appartenance, leur solidarité, leur révolte de classe. L'exclusion symbolique qui frappe aujourd'hui les allocataires sociaux les dévalorise et les isole: la lutte des classes se transforme alors en « lutte des places ». Quelle place peut trouver Max dans cette société où il n'est plus ?

La notion de « souffrance sociale » est employée de plus en plus en politique de santé publique pour désigner la condition des populations en situation d'exclusion, de précarité, de violences, de déviances. Définir une personne comme étant en souffrance sociale revient à modifier son statut de personne exclue en celui d'une personne en « mal-être »; dans un certain sens, cela peut contribuer à maintenir de telles personnes dans leur statut d'impuissance, de victime, dans un rôle d'assistés tout en faisant écran à la perception juste du poids des structures, de la domination et de l'exploitation. Certains voient⁵, dans l'émergence de ce discours sur la souffrance des gens, une nouvelle figure du biopouvoir et une psychologisation voire une médicalisation du social.

Le psychiatre Jean Furtos développe également la notion de souffrance psychique d'origine sociale. Les membres d'une société précaire deviennent obnubilés par la perte possible ou avérée des objets sociaux. Certaines précarités produisent des liens de solidarité mais d'autres, lorsqu'elles deviennent trop importantes, empêchent de vivre. La souffrance est trop forte et amène la dévalorisation de soi. Ces insécurités sociales et mentales peuvent conduire à des paranoïas, des replis sur soi, des dépressions ou d'autres troubles du comportement allant jusqu'au syndrome d'auto-exclusion, lorsque la personne s'empêche de vivre pour pouvoir... continuer à vivre: elle n'habite plus son corps, ne prend plus soin d'elle-même, s'auto-anesthésie. Elle vit au présent dans une temporalité décalée.

La production de la désinsertion sociale, selon Vincent de Gaulejac, est un processus qui conduit certaines personnes à décrocher et à se retrouver dans le dénuement et l'isolement. Dans son livre *La lutte des places*,

il parle⁶ de la dignité perdue que clame aussi John. La dignité, c'est le sentiment intime de vivre dans une société qui vous reconnaît et vous renvoie une image de vous plus ou moins valorisée. Perdre sa dignité c'est rompre avec le lien social.

Le travailleur social pleinement acteur dans le champ de la santé mentale

Le travailleur social fonde, dans son accompagnement et son action avec l'usager, les sentiments d'appartenance, d'identité et d'utilité sociale en favorisant le lien social et la mobilisation. L'écoute est fondamentale mais c'est aussi avec l'ancrage dans la réalité des réponses concrètes apportées en termes de logement, de formation, d'aide matérielle... qu'il participe à la prise en charge globale de la santé mentale.

En accompagnant et en soutenant une relation d'aide, le travailleur social développe des modes d'intervention qui s'appuient sur les ressources de la personne et celles du réseau. Les trajectoires de vie difficiles et les situations d'exclusion demandent une adaptation de ces interventions qui tiennent compte des besoins immédiats de la personne tout en maintenant la continuité du lien. Ceci alors peut permettre le passage vers d'autres champs professionnels plus spécialisés.

Appréhender la souffrance psychique à travers un regard anthropologique permet aux travailleurs sociaux d'accéder à une certaine compréhension des populations appartenant à d'autres mondes sociaux et culturels. Le travail de proximité qui en découle engage une relation d'empathie et de réciprocité où il ne s'agit pas de « s'ingérer dans la vie des gens mais d'établir des liens tout en respectant les distances de chacun, en sachant les faire évoluer par ajustements successifs, en fonction de l'état de la relation »⁷.


Au-delà de l'accompagnement social des souffrances individuelles et multiples, le travailleur social peut impulser la mise en question collective de la production sociale de ces souffrances. Il va trouver là un sens à ses interventions lors de collaborations avec d'autres acteurs de première ligne en développant des projets d'action communautaire qui visent à améliorer l'environnement social et la santé mentale de la population - santé mentale où Jean Furtos inclut à la fois les notions de lien social et de révolte. ■

4. de GAULEJAC Vincent, *Les sources de la honte. Sociologie clinique*, 1996.

5. RENAULT E., *Souffrances sociales, philosophie, psychologie et politique*. La découverte, Paris, 2008.

6. DEGAULEJAC Vincent, *La lutte des places. Desclée de Brouwer*, 1994.

7. JAMOULLE Pascale, *Une anthropologie impliquée en santé mentale*, article en cours 2009.



La bonne santé mentale, c'est la capacité de vivre et souffrir dans un environnement donné, sans destructivité mais non pas sans révolte.