

Pascale Jamouille, Emmanuel Nicolas, Luc Van Huffel et Ronan Van Rossem, « Santé psychique des groupes vulnérables. Des pratiques innovantes. », in *Pauvreté en Belgique. Annuaire 2016*, Isabelle Pannecoucke, Willy Lahaye, Jan Vranken, Ronan Van Rossem (eds), Academia Press, 2016, pp 71-92.

CHAPITRE 2

Santé psychique des groupes vulnérables. Des pratiques innovantes

Pascale Jamouille, Emmanuel Nicolas, Luc Van Huffel et Ronan Van Rossem

1. Introduction

Ce chapitre interroge le lien entre la santé psychique, les vulnérabilités sociales et les créativité professionnelle en contexte de précarité et d'exil. Cela au croisement d'une approche quantitative (indicateurs de santé mentale, statistiques) et qualitative (entretiens collectifs avec retour, enquêtes ethnographiques). Ces recherches montrent que la souffrance psychique est aussi une souffrance du lien social. Cette perspective ouvre sur des pratiques innovantes en matière d'aide et de soins.

Dans son ouvrage « Clinique de la précarité », Jean Furtos définit « une santé mentale suffisamment bonne » par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte. Ce qui suppose de pouvoir rester en lien avec soi-même et avec les autres, d'investir et de créer dans cet environnement y compris des productions atypiques et non normatives (Furtos, 2007). En contexte de précarisations sociales, garder une santé psychique « suffisamment bonne » peut être une gageure. Les accumulations d'insécurité familiales, de violences sociales et transculturelles (liés aux passages d'un monde à l'autre, à la crise de l'accueil, aux conflits de cultures), ainsi que la sortie des dispositifs de protection se traduisent par des souffrances psychiques, qui ont elles-mêmes des conséquences sur les vies intimes, familiales et sociales. Atteintes psychiques et atteintes aux liens sociaux sont consubstantielles.

Dans un premier temps, nous examinerons quelques corrélations statistiques entre troubles psychiques et souffrances sociales. L'enquête de santé 2013, par exemple, montre que la santé mentale est bien plus fragile en contexte de pauvreté, et ce dans les trois Régions du pays (Gisle, 2014).

Ensuite, en nous appuyant sur des enquêtes ethnographiques récentes, nous tenterons de déchiffrer ce qu'être exposé veut dire, mais aussi ce qui est mobilisé pour y faire face. Nous considérerons ici la vulnérabilité dans sa double acception, à savoir « ouverture aux blessures », mais aussi « ouverture à l'accueil d'autrui », à la mobilisation de pratiques novatrices, basées sur des savoirs d'expérience. (Lévy-Vroelandt et al., 2015). En effet, face à l'urgence de la survie et à l'effondrement parfois violent des cadres de vie (Breda et al., 2013), des groupes vulnérables et des professionnels développent des capacités d'adaptation, des tactiques, des esquives, des résistances, des ruses, des bricolages, des stratégies pragmatiques, de l'intelligence en situation et des créativité en contextes (Jamouille, 2014). Des pratiques innovantes, adaptées aux parcours des groupes vulnérables, capables de soutenir la santé mentale et les processus de rétablissement des personnes quand les milieux de vie se délabrent, se

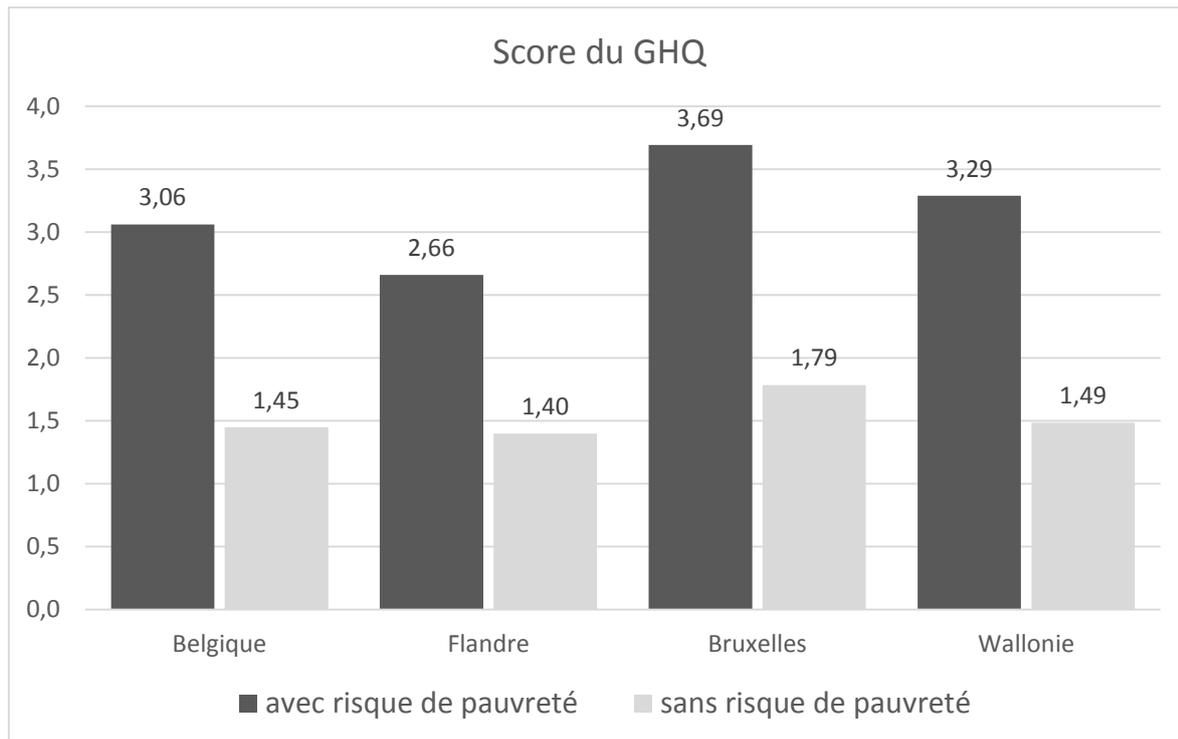
réinventent en continu. Elles prennent en compte les savoirs d'expérience des bénéficiaires, de leurs proches et de leurs familles. Elles s'ajustent aux sensibilités, aux codes sociaux, aux loyautés multiples, aux ressources des personnes, de leurs groupes d'appartenance et de leurs milieux de vie. Nous présenterons ici, en particulier, des modes d'intervention en prévention sociale, santé communautaire, travail de proximité, réduction des risques... qui naissent au cœur des lieux d'exil et de précarité, dans des espaces intermédiaires, qui peuvent soutenir les résistances des personnes et déployer leurs capacités (Nussbaum, 2008 ; Sen, 2010).

2. La prégnance des troubles psychiques en Belgique, quelques données statistiques

Vivre en situation de pauvreté est source de stress. Les privations et les défis constants du quotidien ont des effets non seulement sur la santé physique, mais également sur la santé mentale de ceux qui vivent en pauvreté (Levecque, 2007). Des données récentes d'une enquête sur la santé, réalisée en 2013 (Gisle, 2014) confirment que les personnes qui vivent en pauvreté ont une santé mentale générale plus faible que les personnes qui ne vivent pas en pauvreté. Les figures 1 et 2 montrent les résultats de deux indicateurs généraux de la santé mentale. Pour ces analyses, un indicateur subjectif de risque de pauvreté a été utilisé, à savoir la difficulté que les gens ont à se déplacer. Les participants à l'enquête qui ont éprouvé des difficultés, voire de très grandes difficultés à se déplacer, ont été considérés comme à risque de pauvreté, et les autres comme ne présentant pas un tel.

Dans la figure 1, le bien-être (mal-être) des personnes avec ou sans risques liés à la pauvreté a été comparé dans les différentes Régions du pays. Pour mesurer le bien-être (mal-être) général, les scores du GHQ-12 ont été utilisés, à savoir les 12 *items* du « General Health Questionnaire » (Goldberg & Williams, 1988). Cette mesure est validée et utilisée à échelle internationale pour évaluer le bien-être psychique. Ici, un score élevé indique un plus grand mal-être. Bien qu'il existe des différences marquées entre les Régions concernant le bien-être (la Flandre rapporte un niveau moyen de bien-être plus élevé qu'en Wallonie et surtout à Bruxelles), les personnes qui vivent en contexte de pauvreté rapportent de façon significative un bien-être moyen plus faible que celles ne connaissant pas de risques de pauvreté. Un score de 2 ou plus est considéré comme un indicateur de problème psychique.

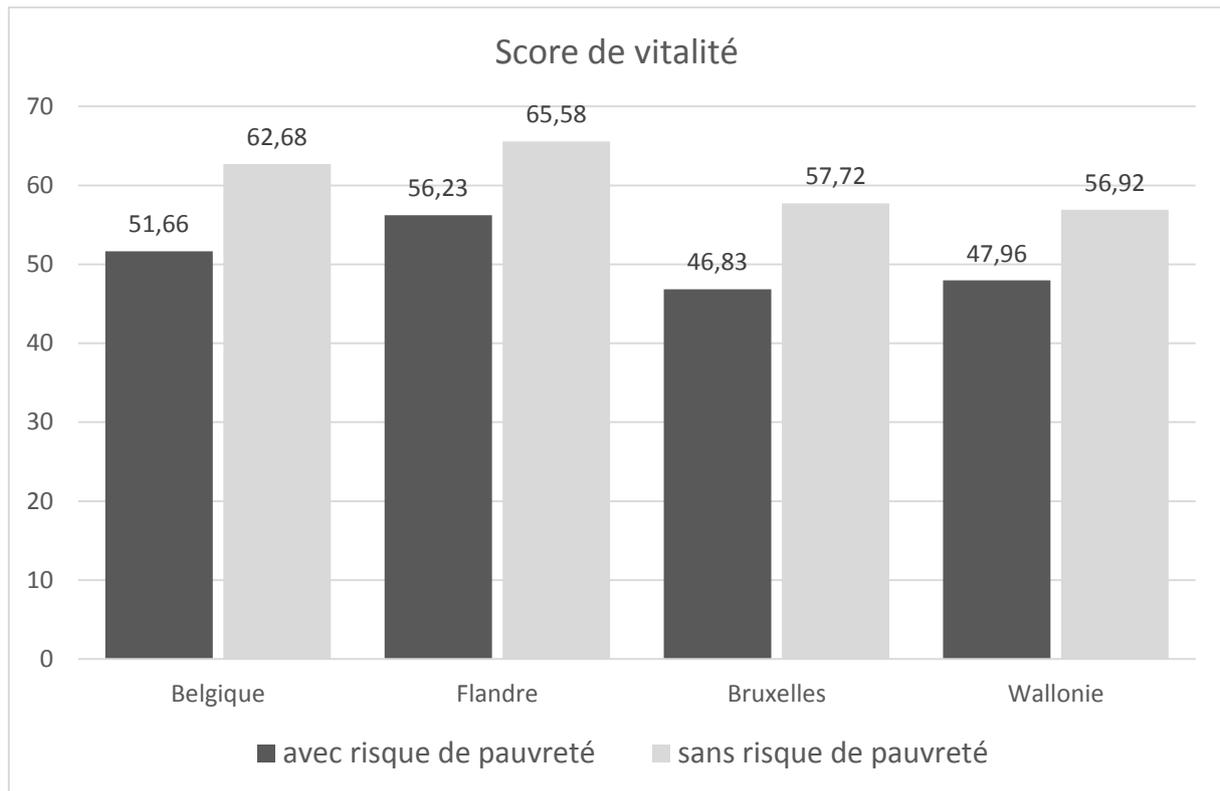
Figure 1 : Score moyen de bien-être (mal-être) en fonction du risque de pauvreté et par Région, 2013.



Source : Gezondheidsenquête, 2013 (calculs par Demarest).

Dans la figure 2, un score de vitalité est, au contraire, un indicateur d'une santé mentale positive. Il se base sur quatre *items* tirés du SF-36 qui évaluent le niveau d'énergie du répondant (Ware & Sherbourne, 1992). Un score élevé indique un niveau d'énergie plus élevé, moins de fatigue et donc une santé mentale meilleure. Ici, également, le niveau moyen d'énergie est plus élevé en Flandre qu'à Bruxelles ou en Wallonie. Aussi, dans toutes les Régions du pays, les personnes qui vivent avec un risque de pauvreté ont un score significativement plus faible dans cette échelle que les personnes qui ne sont pas confrontées aux risques liés à la pauvreté.

Figure 2 : Score moyen de vitalité en fonction du risque de pauvreté et par Région, 2013.



Source : Gezondheidsenquête, 2013 (calculs par Demarest).

Ces deux indicateurs confirment que les risques liés à la pauvreté ont un effet négatif sur la santé mentale des personnes. Dans la suite de ce chapitre, l'influence des processus de précarisation/exclusion sociale sur la santé mentale sera davantage explorée.

3. Liens entre précarités et atteintes psychiques

Les analyses présentées ici sont issues d'une recherche participative récente (Nicolas et al., 2014). Soutenue par la Fondation Roi Baudouin, elle portait sur les relations complexes entre les troubles psychiques et l'exclusion sociale. Elle visait à formuler des recommandations afin de continuer à tisser des liens entre les secteurs de la santé mentale et des précarités. Intitulée « Développement durable en santé mentale : La clinique du lien face à l'exclusion sociale », la partie francophone a été réalisée par une équipe du CeRis (UMons). Cette étude, de type ethnographique, a croisé les observations/représentations des professionnels et leurs savoirs d'expérience. Vingt-et-un professionnels de l'ambulatoire et de l'hospitalier, d'une diversité de disciplines et de secteurs d'intervention ont été rassemblés par la Fondation pour leur expertise dans le champ de la santé mentale et/ou de l'intervention sociale auprès des publics vulnérables, en Wallonie et à Bruxelles. Ils ont participé à quatre entretiens collectifs avec retour (Roche, 2011). Enregistrés, décryptés, interprétés, retournés aux acteurs, réélaborés collectivement jusqu'à validation, ces données de première main ont donné lieu à un rapport final validé par le groupe. Parallèlement, un rapport de recherche intitulé 'Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting' a été réalisé par une équipe de Lucas (KULeuven) avec des professionnels néerlandophones (Hermans et al., 2015). Des recommandations croisées sont en ligne sur le site de la fondation afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé mentale pour les publics les plus défavorisés¹.

L'étude de la Fondation Roi Baudouin (Nicolas et al., 2014) examine comment l'exclusion sociale peut entraîner des troubles psychiques, tandis que les troubles psychiques peuvent mener à l'exclusion sociale (voir également : Levecque & Vranken, 2007 ; Lenaerts & Briels, 2014 ; Murali & Oyebode, 2004). Comme d'autres études, (Hermans et al., 2015) cette recherche montre l'intérêt des approches interdisciplinaires et du décloisonnement des professionnalités. Elle présente aussi des « arts de faire » innovants, développés localement, grâce à des synergies entre praticiens de la clinique et du travail social. Notons que cette recherche et intervention a eu une temporalité, des ressources et un objet circonscrits. Elle a permis de mutualiser les observations/analyses des professionnels experts, de créer des liens entre eux et entre leurs secteurs d'intervention, de croiser leurs observations/analyses et de poser la nature de leurs désaccords. Cependant elle a des limites. Elle n'a pas pu prendre en compte les savoirs d'autres acteurs, extérieurs au groupe, ni contre-argumenter, ce qui ne réfute pas la validité des observations croisées et des processus décrits par les professionnels experts. Seconde limite, la recherche porte sur les liens entre les (grandes) précarités sociales et psychiques. Elle ne traite pas les effets des politiques publiques sur les trajectoires de publics mieux dotés.

3.1 Les souffrances psychiques d'origine sociale

Les effets de la précarisation sur la santé mentale inquiètent les professionnels qui ont participé à nos entretiens collectifs. Les contextes de grande précarité génèrent de grandes souffrances psychiques. Les intervenants décrivent des précarisations multidimensionnelles liées aux sentiments d'exclusion et de discrimination, à la crise de l'accueil, à un effritement du tissu social et de ses protections. Ils soulignent les contraintes de métiers de l'intervention qui doivent composer avec la dégradation des conditions de vie et d'insertion sociale de pans entiers de la population.

Qu'elle soit liée ou non à une vulnérabilité intrapsychique, l'exclusion sociale – et ce qu'elle produit comme effets sur la santé mentale – interroge les capacités d'adaptation au contexte social et de résistance des sujets. « Les processus d'exclusion surviennent au terme de trajectoires individuelles au cours desquelles se cumulent et se renforcent un certain nombre de “dé-privations” et de ruptures spécifiques, qui s'accompagnent de mécanismes de stigmatisation, de mise à l'écart et de rejet. » (Destremau & Salam, 2002). La souffrance psychique d'origine sociale produit un déficit de confiance en soi, en l'autre et en l'avenir (Furtos, 2007) et des effets handicapants pour les personnes concernées, tant sur le plan de leur vie privée et intime que sur celui de leur insertion sociale et professionnelle, et de leurs relations aux institutions (Bertolotto, 2003). Les professionnels qui ont participé à nos groupes de recherches constatent que quand les personnes ont trop peu de ressources, elles se retrouvent dans des dilemmes permanents, comme « manger ou se soigner ». Certaines sont prises dans une forme de lente agonie qui touche autant leurs capacités à développer des ressources pour « faire face » qu'à la capacité à vivre en lien avec autrui. Lorsque la qualité des liens est altérée, des troubles interviennent comme expression d'une forme de discontinuité de l'être au monde. Il est difficile de mesurer l'usure, l'invalidation par et dans le social, tout au plus, peut-on observer les effets sur les structures psychiques des dégradations du tissu social. La désaffiliation, la rupture des liens essentiels peuvent conduire les personnes qui disposent de peu de ressources et de réseaux à la grande exclusion.

Des symptômes psychosociaux comme les effondrements psychiques, les replis, les atteintes au corps, les abus de psychotropes, l'errance, les violences subies ou agies, les conduites à risques, etc. se manifestent massivement quand la sécurité des liens sociaux et des appartenances est mise à mal. Ces troubles ont eux-mêmes des effets sur la qualité du lien à soi et aux autres. Ce qui crée de proche en proche des précarisations sociales, familiales et psychiques en spirale.

Les « chutes à la rue » sont parmi les manifestations les plus sensibles des souffrances sociales contemporaines. Elles s'accompagnent souvent de troubles de la santé mentale qui préexistaient aux vécus extrêmes en rue ou y font suite (Philippot et al., 2003).

La souffrance au travail est une autre dimension de ces souffrances sociales observent nos interlocuteurs. Ces symptômes arrivent quotidiennement dans les services de santé mentale et dans les structures hospitalières sous des formes d'expressions diverses : *burn-out*, conduites de dépendances pour faire face aux cadences infernales ou aux rapports difficiles avec ses collègues, usure à ne pas trouver un emploi, perte de la confiance en soi mêlée à des épisodes dépressifs. D'autres personnes masquent leurs détresses, s'épuisant à ne pas paraître trop abîmées et honteuses, trop stigmatisées, prenant sur elles le fait de ne pas trouver leur juste place dans le social.

3.2 Les souffrances ajoutées lorsque l'aide et le soin sont en tension

Les pouvoirs publics tentent d'endiguer une paupérisation qui touche les personnes les plus fragilisées en renforçant le filet de protection sociale avec les fils de l'État social actif. Les professionnels qui ont participé à notre recherche observent que dans un contexte socioéconomique en crise, la diminution de subsides alloués aux secteurs sociaux et médicaux se combine avec l'inscription de logiques managériales dans les rapports de travail entre collègues et avec les bénéficiaires.

Pour eux, les plans d'activation à l'emploi sont une facette de cette réalité. Nos interlocuteurs observent que les politiques d'activation, quand elles sont appliquées de manière rigide et standardisée, ne prennent pas toujours la mesure de la situation des personnes en ruptures sociales. Celles qui sont les plus éloignées du marché du travail disent subir des pressions auxquelles elles sont incapables de répondre. Face aux nouvelles mesures d'activation, elles sont dans l'incompréhension la plus totale, mais restent conscientes qu'elles vont subir encore une série d'exclusions et d'aggravations rapides de leur situation.

Dans les services amenés à intervenir au niveau de la contractualisation des allocations sociales, une pression est mise sur les travailleurs sous forme d'injonctions à repérer des allocataires fraudeurs. Des intervenants deviennent porteurs d'un discours qui percole au sujet de la fraude sociale comme facteur de précarisation de l'État. Pour asseoir cette logique, des pratiques d'hyper contrôle se renforcent avec le risque de supplanter la relation de confiance, essentielle dans le travail psycho-médico-social. Les intervenants sociaux disent devenir malgré eux « les bras armés » de la politique d'activation, des gardiens de la paix sociale. À l'exclusion, s'ajoute un processus d'étiquetage (Becker, 1985) et des vécus de honte sociale (Lister, 2004) qui peuvent affaiblir les personnes. Pour les plus fragiles, les contraintes de l'activation et le sentiment qu'il est impossible d'y répondre peuvent se traduire en atteintes psychiques et somatiques. D'un autre côté, les professionnels disent à demi-mot que le fait d'orienter vers la santé mentale des bénéficiaires peu « activables » dédouane certains activateurs, d'autant plus s'ils se sentent jugés à l'aune de leur taux des remises à l'emploi.

En parallèle, les professionnels qui ont participé à notre étude observent que les injonctions à l'efficience du système de soins de santé, de soins psychiatriques en particulier, peuvent porter atteinte au « vivre ensemble » dans les lieux de soin sous couvert d'en réduire les coûts. Les impératifs de rentabilité, les prises en charge rapides et certains modes de spécialisation sont des logiques qui vont parfois à l'encontre du nécessaire dialogue entre les champs du médical et du social. Le morcellement des pratiques peut, à terme, induire une pénurie dans la continuité de soins pourtant essentielle. Il pénalise particulièrement les populations marginalisées qui demandent du temps, de la souplesse, des arts de faire particuliers, de la transdisciplinarité. Il produit des effets majeurs de suspicion à l'égard des personnes

qui présentent des troubles du lien, en particulier celles qui sont dans une alternance de demandes d'aide et de rejets, liée à l'angoisse de s'attacher et à la peur d'être déçues, rejetées.

Quant aux services de santé mentale, ils sont décrits comme totalement débordés, avec des délais d'attente de trois à cinq mois. À défaut de temps, de cohérence et de capacité à anticiper, la clinique en santé mentale tend alors à se déplacer vers les médecins généralistes, vers des maisons médicales, déjà fortement sollicités par les effets de la précarisation.

3.3 Contrecultures de soins face aux logiques marchandes

En parallèle, des initiatives déploient des modes d'intervention qui conjuguent davantage l'aide sociale et les soins en santé mentale (Van Huffel et al., 2015), elles ouvrent d'autres champs des possibles. Qu'elles appartiennent davantage au champ de l'aide sociale ou davantage à celui de la santé mentale, ces structures tablent sur le fil du lien comme processus, sur le support de la communauté, sur l'équité des places soignants/soignés comme valeurs cliniques. Pour les professionnels qui ont participé à nos groupes, ces pratiques émergentes soutiennent la santé mentale des plus précaires et redonnent du sens à l'intervention psycho-médico-sociale.

Les approches de proximité s'imprègnent des savoirs et de l'expérience vécue des bénéficiaires. Le travail de rue et les équipes mobiles explorent des zones urbaines, des interstices et des espaces enfouis. Ils développent une « clinique de l'abord » (Mercuel, 2012) qui, au fil des contacts et des rencontres, construit un lien en situation. Les espaces de proximité (espaces de paroles, centres d'accueil de jours, espaces citoyens...) offrent « un lieu de pause et de repos, mais aussi d'échanges où retrouver des moments de convivialité et de restauration tant physique que psychique » (Mercuel, 2012). Avec une fonction d'hospitalité, l'accueil peut permettre aux personnes, même les plus déstructurées, de se poser, de trouver une place, d'y tenir une parole dans un lieu qui vise la connaissance et la reconnaissance mutuelle.

Cette clinique délocalisée des lieux habituels de l'intervention institutionnelle crée du rapprochement entre soignants et soignés, va vers les personnes très fragilisées par l'exclusion et co-construit de la rencontre avec elles (Furtos, 2008). La pratique de terrain ne fait abstraction ni de la réalité souffrante des personnes, ni de celle des intervenants et, comme le souligne Michel Joubert, « ce n'est qu'au travers de la "désinstitutionnalisation" de la souffrance sociale qu'il sera possible de retrouver l'expression du rapport à soi et la signification sociale de cette expérience » (Joubert, 2005). Un mouvement thérapeutique métissé se profile, avec une capacité à aller vers (les logiques des publics) et à revenir (vers les logiques de l'institution), « ce qui réduit le risque de stagner dans la fusion ou le rejet dans la relation avec les personnes aidées » (Nicolas, 2007).

Les pratiques de la santé mentale qui passent par le soin du corps (visent à recréer du temps et du lieu et remettre concrètement la personne en lien avec elle-même, le corps reste l'élément concret lorsque le psychisme est dans la discontinuité. L'utilisation de la créativité artistique ou culinaire dans le travail communautaire vient quant à elle étayer une clinique de la réhumanisation par le « faire », le « faire savoir », le « savoir-être » (Jamouille, 2014). Remobiliser un corps qui a fortement capitalisé la violence de l'exclusion, c'est potentiellement créer les conditions favorables d'une santé mentale davantage investie.

Face aux logiques de « shopping thérapeutique »², aux chroniques de l'urgence et de la crise, il semble essentiel d'étayer une continuité du soin en tablant sur la créativité et les ressources résiduelles des

personnes pour combler les vides laissés par les logiques marchandes et la spécialisation des services, deux approches qui produisent des seuils d'accès trop hauts pour les publics les plus vulnérables.

3.4 Le développement durable en santé mentale

Les initiatives qui tablent sur le lien et la transdisciplinarité rapprochent les secteurs d'intervention, mais aussi les soignants et les soignés. La connaissance produit de la reconnaissance et comme le souligne Matthieu Garot, « une parenté dans la cité » (Ciccone, 2014). À défaut, les institutions se muent en réceptacle de la crise sociale et de la violence.

Un changement de paradigme s'opère lorsque les personnes s'appuient sur les ressources individuelles et communautaires. Elles ne sont plus réduites et assignées à des troubles par la société, mais se réaffilient au social, entre elles, avec l'appui des intervenants sociaux. Prendre soin de ce système de soin et de ses acteurs (bénéficiaires, institutions, intervenants) semble être une forme alternative aux forces centrifuges qui les éloignent les uns des autres.

Autrement dit, plutôt que développer une énergie à catégoriser des pathologies, à séparer le « bon pauvre » du « mauvais pauvre », ne peut-on pas sans exclusivité, s'appuyer sur les forces de débrouilles créatives des professionnels et des usagers pour réfléchir la clinique ?

Les standardisations des projets thérapeutiques sont dites peu pertinentes (voir également : Leys et al., 2010). Les pratiques du secteur se doivent d'être en phase avec les évolutions des réalités sociologiques de leurs publics. Il est essentiel de mieux comprendre le contexte local, d'en analyser des difficultés, mais aussi les ressources, pour évaluer l'intérêt des modes de travail expérimentés dans les secteurs de l'aide et du soin, pour fabriquer une clinique à double versant, individuel et collectif. Dans cette perspective, et parce que l'expérience des services le montre, il paraît essentiel d'enlever toute forme d'oppositions entre le travail avec les individus et le travail communautaire, d'opposition entre l'agir et le parler, entre le « bon » et le « mauvais » pauvre.

Les professionnels qui valorisent le lien mettent en évidence l'importance de travailler sur du local, à partir d'un accueil, d'un « aller vers » l'Autre. Ainsi, permettre aux plus déstructurés de voir un psychiatre dans une salle d'attente ou en rue³ est une clinique de l'adaptation qui ouvre le champ des possibles pour les protagonistes de la relation thérapeutique en cours. Ainsi, les bars à soupe organisés par la Croix-Rouge ou par des services tels que la Ruche dans la région de la Basse-Sambre sont des lieux de convivialité qui répondent à un besoin primaire en déstigmatisant les plus précaires soumis à l'isolement social. Ces pratiques prennent soin du lien, produisent de la mixité sociale et font corps avec le social. Elles sont fondées sur l'équilibre entre pluridisciplinarité (un travail à plusieurs), interdisciplinarité (un travail d'articulation des métiers et des fonctions), transdisciplinarité et prévention.

Ce qui fait soin dans « une santé mentale suffisamment bonne » (Furtos, 2007) et durable serait en toute hypothèse que la personne en situation d'exclusion ne se ressente plus fautive dans ce qui lui arrive, mais considère sa capacité à participer au social et au soin, selon un principe de confiance réciproque entre les personnes et les soignants. Cette culture transversale propose une alternative aux logiques verticales de l'activation et de l'individualisation. Elle permet de considérer les personnes « dans le champ du politique, qui relie les humains entre eux » (Arendt, 2002).

Lorsque la production d'un savoir clinique et social des symptômes de l'exclusion et des troubles psychiques s'articule avec le savoir des personnes, on assiste à un mouvement de « trans-formation » face à la vulnérabilité du social.

4. Les processus de rétablissement. Le point de vue des usagers

Les réflexions sur le rétablissement présentées ici sont issues de l'ouvrage de Chantal Van Audenhove, intitulé « Le rétablissement par soi-même. Vivre plein d'espoir avec une vulnérabilité psychique » (2015)⁴. L'auteure explore la notion de rétablissement et recueille les vécus d'expérience de personnes qui vivent avec des vulnérabilités psychiques, rencontrées sur l'ensemble du territoire belge. Ces témoignages illustrent des cheminements personnels, où l'espoir et le pouvoir d'agir tiennent un rôle essentiel. Cette notion de vulnérabilité psychique, utilisée par l'auteure peut être discutée, en raison de ses effets potentiellement stigmatisants (voir entre autres : Link et al., 2004 ; Verhaeghe, 2008 ; Verhaeghe, Bracke & Bruynooghe, 2008). Car, comme le souligne Furtos (2008), la vulnérabilité fonde notre condition humaine et notre vie en société, puisqu'elle nous oblige à établir des liens sécurisants avec les autres. Ce qui semble provoquer la souffrance psychique durable est la non-reconnaissance de notre « vulnérabilité » par l'environnement et l'absence de réponse en termes de liens et de protections.

4.1 La notion de rétablissement

La notion de rétablissement met l'accent sur la qualité de vie de la personne souffrant de vulnérabilités psychiques. Se rétablir est un processus très personnel de changements qui implique de donner un sens à sa vie et de nouveaux buts par lesquels il est possible de surmonter les effets destructeurs d'une maladie (Van Audenhove, 2015b).

Pour saisir quelques moments clés du processus, Anderson et al. (2003)⁵ décrivent plusieurs phases du rétablissement. D'abord, une situation de crise et de confusion mentale touche les personnes et, souvent, les traumatise considérablement. La réaction la plus courante est le déni. Progressivement, la « prise de conscience » d'un rétablissement devient possible. À ce stade, les « experts du vécu »⁶ peuvent accompagner la personne dans sa décision de travailler à son propre rétablissement. Elle donne lieu à une préparation, notamment par l'inventaire de ses propres forces, valeurs, mais aussi limites imposées par la vulnérabilité psychique. Une identité positive se recrée afin de poursuivre des buts personnels tout en réévaluant les objectifs d'autrefois. Cette « reconstruction » s'accompagne d'une prise de risques pouvant entraîner une rechute et de nouvelles tentatives pour se relever. Enfin, le cheminement aboutit à une connaissance de sa maladie et des possibilités de composer avec elle. Ce savoir, issu de l'expérience, mène à une « croissance » qui se caractérise par des perspectives positives, mais également par un sentiment d'être plus fort que par le passé.

4.2 Les vécus d'expérience du rétablissement

Les témoignages permettent de mieux comprendre le cheminement du rétablissement. Lorsque le pouvoir d'agir se déploie, l'identité se reconstruit tandis que la recherche de sens et l'espoir alimentent le rétablissement. La solidarité et l'entraide mutuelle tiennent une place importante, ainsi que le soutien des proches et professionnels animés par la vision actuelle du rétablissement.

Se rétablir est « la possibilité de ne plus être enfermé dans le “moment”, mais de voir les choses dans la “durée”, de se sentir en chemin ». Une remise en mouvement est amorcée. « Agir, plutôt que de subir

comme dans le passé ». La (re) prise de contrôle de sa vie traverse l'ensemble des témoignages, en particulier celui-ci :

« Je le savais : j'avais atteint ma limite en ce qui concerne la psychiatrie, je devais maintenant me prendre en charge moi-même. Et cela a vraiment été un moment clé : je sentais qu'en m'engageant moi-même, je pourrais apporter un changement à mon état ».

Ainsi, le rétablissement s'enclenche à partir d'un instant où la personne reconnaît les choix possibles malgré sa propre vulnérabilité (Van Audenhove, 2015b).

« Un premier pas (...) a été la prise de conscience que je devais l'entreprendre moi-même (...). Je ne peux pas éliminer toutes mes vulnérabilités par moi-même, mais je peux apprendre à les gérer ».

Cet engagement envers soi-même ouvre la voie aux changements par la connaissance de ses propres limites et potentialités. C'est « se connaître soi-même : de quoi suis-je capable, de quoi ne le suis-je pas ? ». L'optimisme et l'espoir agissent alors comme un levier du processus. « De m'être informée de tout le cheminement du rétablissement m'a aussi fait progresser », dit ce témoin. Comprendre les expériences passées permet d'envisager l'avenir de son propre cheminement. Mais se rétablir confronte également aux regards portés par la société sur la maladie mentale.

« Ce que je ne veux pas, c'est être craint. C'est ce qu'on ressent surtout dans un contexte social où la psychiatrie fait encore peur (...). Je mets un point d'honneur à ce que les gens cessent de nous craindre, nous "les fragiles, les vulnérables, les boiteux, les désaxés" ».

La stigmatisation de la maladie pose alors la question du dévoilement et du secret (van Weeghel & Bongers, 2012). « Vivre dans le secret, c'est lourd à porter. On est alors tout le temps sur ses gardes, on se demande qui sait quoi ». Face aux conséquences sociales d'une vulnérabilité psychique, des stratégies d'adaptation se construisent : la résistance, le choix des communications sur soi... Mais celles-ci exigent beaucoup d'efforts et d'énergie de la part des personnes (Van Audenhove, 2015b).

La temporalité du rétablissement est longue et se heurte régulièrement à la temporalité de la société.

« Nous vivons actuellement dans une société où tout doit aller vite, mais être malade psychiquement demande du temps. Tout le monde voudrait que des choses qui ne tournent pas rond depuis des années se guérissent en deux ou trois semaines. C'est ce qui explique l'abus de médicaments. Mais il faut des années pour sortir de ce qui n'a pas marché pendant des années ».

La recherche de sens est une dimension importante du rétablissement : le sens de l'expérience de la maladie psychique, l'engagement dans les rôles sociaux, la qualité de vie, la spiritualité ou l'expression de soi sont autant de voies d'accès à cette quête (Van Audenhove, 2015d). L'entourage, la famille et les amis sont une source de soutien et d'appui pour se rétablir.

Les professionnels sensibilisés au rétablissement peuvent être des alliés. L'authenticité et le respect de l'expérience de la maladie psychique consolident la posture soignante.

« Ma nouvelle psychiatre ne m'obligeait pas à prendre des médicaments, mais nous parlions ensemble du traitement que j'avais d'abord rejeté (...). On avait de longues conversations, alors que mes psychiatres précédents ne disaient pas un mot ».

Dans cette posture, le lien de confiance est source d'un soutien solide, qui peut se diffracter sur plusieurs personnes.

« J'ai pour le moment trois soignants différents (...), mais ils m'aident tous les trois efficacement (...) C'est tout de même un soulagement d'avoir trois personnes auxquelles on peut faire confiance ».

Le soutien mutuel apporté par les pairs est source de reconnaissances. Lorsque l'expérience issue du vécu de la maladie est partagée avec d'autres, il se construit collectivement un savoir inédit qui peut être une source d'espoir (Van Audenhove, 2015b).

Enfin, se rétablir signifie également participer à des projets, accompagner d'autres personnes dans le rétablissement et retrouver une place citoyenne au sein de la société. Dans ce cheminement, la solidarité, le pouvoir d'agir et la reconnaissance du vécu d'expérience sont des dimensions essentielles qui redessinent les pratiques professionnelles en santé mentale afin d'être au plus proche des réalités du quotidien.

5. Soutenir le rétablissement des groupes vulnérables. Des pratiques innovantes

Nous développerons ici quelques résultats d'une troisième étude récente qui questionne les pratiques innovantes qui se développent dans le champ de la santé mentale (Van Huffel, et al., 2015)⁷. Elle a été publiée sous le titre : « Le rétablissement en pratiques. Accompagner autrement les personnes en difficultés psychiques ». Van Huffel et al. ont conduit une enquête de terrain dans une quinzaine d'initiatives en santé mentale, localisées sur tout le territoire belge. Elles ont pour particularité de prendre en compte les perspectives de l'usager et de l'entourage, de s'inspirer des savoirs issus de l'expérience de la souffrance psychique et des soins en santé mentale. Son ouvrage explore les logiques qui orientent et guident l'innovation. Ces initiatives ne sont pas nécessairement labellisées « santé mentale », en particulier quand elles tentent de construire un lien non stigmatisant avec des personnes en rupture. Elles développent des pratiques qui accompagnent le rétablissement et travaillent en synergie avec les approches classiques des soins. Dans le cadre de la réforme en santé mentale⁸, ces pratiques contribuent à un changement de paradigme lorsqu'elles soutiennent le patient et son entourage, en les considérant comme des partenaires privilégiés des soins⁹. Pour accompagner le rétablissement, ces pratiques sont guidées par des logiques d'actions de « proximité », de « santé mentale communautaire », de valorisation des « savoirs expérientiels », mais aussi de soutien à la « créativité ».

5.1 La proximité¹⁰

Ces pratiques construisent un lien de confiance avec des personnes très fragilisées par des contextes précaires. En première ligne, le travailleur régule les échanges et maintient une égalité dans la relation. L'expérience vécue en rue est validée par une reconnaissance mutuelle¹¹ (Ricœur, 2004) qui enclenche un processus narratif et devient un support de travail thérapeutique où la parole transmet un savoir d'expérience. Cette posture de proximité implique, pour le travailleur, de ressentir des affects et d'être assigné à une place par son interlocuteur (Favret Saada, 1990), d'analyser et de gérer cette place en

permanence pour ne pas reproduire des liens de rejets, des trahisons et des échanges violents vécus par la personne (Jamouille, 2004). Si une crise apparaît, l'accompagnement donne un sens afin d'éviter l'exclusion et maintenir la fiabilité de la relation. Ainsi, ces pratiques créent une « clinique du lien » (Jamouille, 2008) attentive aux formes de l'auto-exclusion (Furtos, 2007). Les rencontres se construisent dans l'instant, loin « d'un modèle, d'un protocole ou d'une procédure de rencontre type » (Mercuel, 2012).

5.2 La santé mentale communautaire¹²

La santé mentale communautaire déploie généralement ses pratiques au sein de quartiers défavorisés. L'accueil s'inscrit dans un tissu relationnel de partenaires et d'appuis validés par la personne. L'expérience du « vivre ensemble », la notion d'« habiter », le sentiment d'appartenir à un lieu, à un quartier, à un groupe, contribue à une parenté sociale (Godelier, 2004). Elle renforce les liens sociaux afin de se vivre en dehors de la maladie et de connaître d'autres formes d'attachement fiables et socialisants. Un accompagnement itinérant, au quotidien, permet le partage d'un vécu d'expérience de la maladie et de ce qui « fait soin ». Les positions de « patient » et de « professionnels experts » se défont par l'échange et la co-construction de savoirs. Lorsque le capital d'expériences autobiographiques (Delcroix, 2005) est sollicité, les compétences se renforcent. Cette posture de travail produit du *care* en s'appuyant sur la réassurance et le besoin de sécurité qui contribuent à restaurer des étayages nécessaires à l'exploration de soi, des autres et du monde extérieur (Levy-Vroelandt et al., 2015).

5.3 Les savoirs expérientiels¹³

Ces pratiques se forgent par les savoirs des patients, de leurs proches et des familles. Elles prennent pour appui un « vécu d'expérience », une connaissance issue de l'expérience personnelle de la maladie mentale et des soins. Par une co-construction entre pairs et le soutien des professionnels, ce savoir intime et singulier se transforme en expérience du vécu où un savoir collectif transmet les réalités intimes et les conséquences sociales de la vulnérabilité psychique. Dans ce cheminement, les experts d'expérience, experts du vécu sont des figures fiables qui mettent en dialogue le vécu intime et le vécu collectif. Les relations de confiance, l'entraide mutuelle et la participation à la vie associative donnent naissance à la co-construction de projets et d'outils afin d'accompagner le processus du rétablissement. Ces pratiques construisent une expertise plus large qui se transmet aux niveaux individuel, institutionnel et sociétal (Boevnik, 2012). En pratique, cette transmission se déploie de la sphère intime vers la sphère du public. Elle est participative et citoyenne lorsqu'elle contribue à déstigmatiser la maladie mentale.

5.4 La créativité et la transmission sociale¹⁴

Mobiliser la créativité se décline selon des supports d'expression variés afin de transmettre les réalités intimes et sociales de la souffrance psychique. La création artistique, le montage d'une pièce de théâtre ou la réalisation d'une émission radiophonique sont des exemples de projets qui déploient une temporalité menant à une réalisation finale, une création. Ce cheminement se réalise par un accompagnement qui soutient, suggère et négocie. Il entoure les explorations et les prises de risques, les crises et les angoisses, les difficultés relationnelles, les éclairs de génie, les organisations/désorganisations/réorganisations que toute démarche d'expression et de transmission suscite. Cette gestion en contexte permet aux personnes et aux groupes d'acquérir de nouvelles compétences psychiques, sociales et créatives. Elle reconstruit un sens et un langage qui soutiennent le

processus du rétablissement (Anthony, 1993)¹⁵. Enfin, elle accompagne l'acte de transmettre par la construction progressive d'une parole citoyenne, le passage d'une parole privée vers une parole publique et l'édification d'un héritage collectif accessible au public.

5.5 Les espaces tiers

Les pratiques qui accompagnent le rétablissement prennent appui sur des liens de confiance mutuels, la co-construction de savoirs inédits sur la maladie mentale et les soins, mais aussi la transmission de ces savoirs. Pour se réaliser, ces pratiques innovent par la création d'« espaces tiers » qui se posent à l'intermédiaire des institutions et du quotidien des personnes (la rue, le quartier, la société...) afin de permettre aux pratiques de réduire les risques de stigmatisation et d'exclusion.

Au plus proche des personnes en situation de grande précarité, certains espaces tiers maintiennent un bas seuil d'accès. En première ligne, ce sont « des espaces d'accueil inconditionnel » qui s'adaptent constamment aux langages et aux besoins des personnes les plus fragiles. Dans l'instant de la crise, des « conventions positives » se créent afin de s'éloigner en douceur des activités collectives vers un accueil individuel sans qu'il n'y ait d'exclusion. Ces espaces tiers sont également itinérants, lorsque le « travail de rue » permet d'atteindre des personnes vulnérables à distance des lieux d'accueil. Ainsi, les espaces tiers permettent aux pratiques de construire et de maintenir un lien de confiance adapté aux langages et aux réalités des publics.

La co-construction de savoirs sur l'expérience de la maladie mentale et des soins se décline selon des modalités différentes. Des séances d'informations et de formations de « jobistes » permettent de transmettre des conseils de réduction des risques auprès d'usagers de drogues les plus éloignés des possibilités de soins. Autre cas de figure, l'expert d'expérience ou l'expert du vécu en santé mentale peut être un repère d'identification possible dans le cheminement du rétablissement. Aussi, le témoignage public de l'expérience du rétablissement permet de franchir les frontières de l'intime afin de déstigmatiser la maladie mentale.

Les conseils sont un autre exemple d'espaces tiers. Ils se construisent par et pour les usagers. Au sein d'une habitation protégée ou communautaire, les conseils tenus par les habitants évaluent la qualité de l'accompagnement réalisé par les professionnels et améliorent la qualité du quotidien et du vivre ensemble. Les conseils d'usagers en santé mentale œuvrent à l'amélioration des soins. Lorsque ces conseils s'organisent en conseil de conseils, ce dernier encourage l'implantation de ces espaces tiers au sein des institutions. Par ailleurs, les groupes de pairs développent des « outils pratiques » en réponse à des difficultés quotidiennes, sociales et administratives. Ils soulignent l'importance de la prise de parole et de ses impacts possibles. Dans ces espaces tiers, les savoirs biographiques sont reconnus et validés mutuellement. Ils transmettent les réalités d'une fragilité psychique tout en déployant un pouvoir d'agir citoyen.

Les espaces tiers se posent en synergie avec les approches classiques de soins. Ainsi, la « psychoéducation » permet un espace de formation et de validation de l'expérience à destination des proches. Sans se substituer au colloque singulier, elle valide la place de la famille en tant que partenaires privilégiés des soins. Elle opère un rapprochement entre les savoirs professionnels et les savoirs des familles. Ainsi, ces espaces peuvent être une passerelle vers les institutions et opérer un « dialogue à trois », incluant la personne, le professionnel et la famille.

Dans la créativité, les médiums artistiques créent un passage de la réalité psychique vers la réalité extérieure. L'emploi de techniques artistiques traduit ce qui ne sait être dit. La représentation théâtrale, espace d'expression citoyenne, assure le passage de l'imaginaire collectif vers la réalité du monde social. Le médium radiophonique, à l'intermédiaire des espaces publics et privés, diffuse une parole anonyme portant sur les réalités de la maladie mentale, de sa stigmatisation et de ce qui peut faire soin. Ces espaces tiers engagent une exploration créative, soutiennent l'acquisition de nouvelles compétences et permettent d'expérimenter les tensions et les crises inhérentes aux relations collectives tout en développant des volontés citoyennes.

Un espace tiers permet de refaire l'expérience de liens de confiance où le professionnel peut devenir une figure fiable afin d'élaborer les violences subies, la souffrance psychique, mais aussi les peurs et les crises. Lorsque l'espace tiers est collectif, le groupe déploie le pouvoir d'agir par la participation. Il permet un processus collectif d'échanges de savoirs et crée les conditions d'une expertise plus transversale. Enfin, un espace tiers ouvre les dimensions de la transmission. Transmettre permet une rencontre de l'altérité. Lorsque la transmission est mutuelle, par l'intermédiaire de groupes métissés d'usagers et de professionnels de terrain, elle co-construit un savoir collectif. Elle peut s'opérer à plus grande échelle. Lorsqu'elle atteint le monde professionnel, elle enrichit l'héritage de savoirs. Au niveau de la société, elle devient citoyenne, en changeant le regard porté sur la maladie mentale. La transmission éloigne de la condition de malade ou de patient. Elle réinstalle un échange social. Mais lorsque la souffrance psychique délie et isole, les dimensions de la transmission peuvent être source de soins. Ainsi, les espaces tiers deviennent des lieux de relations sécurisantes, de mémoire et d'identification (Agier, 2009).

6. Conclusions

Des statistiques récentes montrent que le bien-être et la vitalité ont un score plus élevé en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles lorsque les participants ne connaissent pas un contexte de pauvreté. En situation de pauvreté, les scores de bien-être et de vitalité sont plus faibles, et ce quelles que soient les Régions (Gisle, 2014). Trois enquêtes de terrain auprès des populations vulnérables et des professionnels qui les accompagnent éclairent les processus de précarisation qui mettent à mal la santé psychique des personnes et leurs vies sociales. Aux marges des normes d'inclusion sociale, des populations vulnérables se sentent dépossédées, exclues, marquées par le manque et la honte ; des professionnels sont exposés à des injonctions paradoxales et menacés de *burn-out*. Les atteintes psychiques vécues sont des atteintes du lien (à soi, aux autres et au monde), et réciproquement. Souffrances psychiques, souffrances sociales et vulnérabilités sociales sont consubstantielles. Ce qui ouvre sur des modes d'intervention innovants (multidisciplinarité, relations plus équitables, expertise du vécu, santé mentale communautaire, etc.).

Des marges sociales naissent aussi des résistances et des ressources qui font évoluer les traditions professionnelles, contestent les cadres rigides d'intervention et les ordres établis. Des espaces intermédiaires, dit ici « espaces tiers », font soin, soutiennent les résistances des personnes et leurs processus de rétablissement individuels et collectifs. Ainsi, si les vulnérabilités sont source de fragilisations psychiques et sociales, elles sont aussi le terreau d'approches alternatives, elles donnent lieu à de l'interdisciplinarité et à des modes d'intervention innovants (Lévy-Vroelandt et al., 2015). Elles sont à l'interface entre des environnements marqués par la précarisation de masse, les ressources des personnes (dispositions et capacités à agir) et les inventivités professionnelles.

¹http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/2012-KBS-FRB/05_Pictures,_documents_and_external_sites/09_Publications/2015_PUB_3356_ExclusionetSante%CC%81Mentale.pdf

² Formuler des demandes dans divers lieux de manière consumériste

³ Une expérience menée par le Service Carolo Rue (CPAS de Charleroi) en collaboration avec le Relais Santé a permis d'engager une psychiatre qui accompagne des éducateurs de rue sur le terrain. Outre le bénéficiaire direct pour les « habitants de la rue », le partenariat crée une approche nourrie par l'échange de savoirs et d'expériences.

⁴ Cette recherche a été réalisée par l'équipe de Lucas (KU Leuven) et soutenue par la fondation Roi Baudouin, le Fonds Julie Ranson et le Fonds Reine Fabiola.

⁵ Dans Van Audenhove Chantal, *Le rétablissement par soi-même. Vivre plein d'espoir avec une vulnérabilité psychique*, Lannoo Campus, Louvain 2015. Nous invitons le lecteur à parcourir l'ouvrage pour davantage de précisions.

⁶ Un expert du vécu est une personne qui a pu faire de son expérience de la maladie mentale un savoir partageable, utile à d'autres qui vivent des détresses similaires.

⁷ Cette recherche a été réalisée par l'équipe du CeRIS (UMons) et soutenue par la Fondation Roi Baudouin, le Fonds Julie Ranson et le Fonds Reine Fabiola.

⁸ Aussi nommée « Réforme Psy 107 »

⁹ Pour plus d'informations : <http://www.psy107.be/>

¹⁰ Opérations Boule de Neige / Modus Vivendi asbl (Rue Jourdan, 151, 1060 Bruxelles). Toudi Boudji / Comme chez nous asbl (Rue Léopold, 36c, 6000 Charleroi). La Maison Deligny / Périple en la Demeure scfs/asbl (Rue verte, 1, 6670 Limerlé). SSM Club André Baillon (Rue des Fontaines Roland, 7-9, 4000 Liège).

¹¹ Elle prend trois formes. La reconnaissance du contact (et du lien qui fonde le travail de proximité), la reconnaissance de soi-même (qui souligne le pouvoir de dire, de (se) raconter) et la reconnaissance mutuelle (une approbation partagée entre la personne et le travailleur). Voir Ricœur Paul, *Parcours de la reconnaissance*, Stock, 2004.

¹² CSM Le Méridien / Equipe communautaire (Rue du Méridien, 68, 1210 Bruxelles). Projet Amikaro / Lieux de vie (semi) communautaire / L'Autre « lieu » (Rue Marie-Thérèse, 61, 1210 Bruxelles). vzw De Hulster (Minderbroederstraat, 23, 3000 Leuven), Maison des Familles / La pioche asbl (Rue Royale, 95, 6030 Marchienne au Pont). Eigen Kracht-Conferentie / EKC.be vzw (Gelbergenstraat, 52, 3471 Kortenen). Den Teirling (Maesstraat, 89, 1050 Brussel).

¹³ Werkgroep Ervaringsdelen en Destigmatisering / Aanloophuis Poco Loco (Brugsesteenweg, 97a, 9000 Gent). Herstelacademie / ccg Ahasverus vzw (Sint-Amandsplein, 11, 1853 Strombeek-Bever). Similes Bruxelles asbl (Rue Malibran, 43, 1050 Bruxelles). Similes Vlaanderen - Federatie Similes (Groeneweg, 151, 3001 Heverlee). Similes Wallonie - Coordination des sections wallonnes (Rue Lairesse, 15, 4020 Liège). Psytoyens asbl (Place Emile Dupont, 1, 4000 Liège). UilenSpiegel vzw - Patiëntenvertegenwoordiging Geestelijke Gezondheidszorg (Hovenierstraat, 45, 1080 Brussel). Together asbl (Chaussée Brunehaut, 268b, 4041 Vottem).

¹⁴ Club Théo Van Gogh / CPAS de Charleroi (Rue de Gosselies, 56a, 6040 Jumet). Atelier Côté Cour (L. de Lantsheerstraat, 50, 1040 Bruxelles). Radio Panik / Psylence Radio (Rue Saint-Josse, 49, 1210 Bruxelles).

¹⁵ Dans Greacen & Jouet (dir.) (2012), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse : Érès.